FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 48
—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juillet 1931, à 17 heures 30

PAR

Mᵉˡˡᵉ DELABY Gabrielle-Anna

Née le 17 Septembre 1904, à Laventie

LES PANCRÉAS ACCESSOIRES

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. LAMBRET.

Suffragants : MM. DEBEYRE.
DELANNOY.
SURMONT.

LILLE
Imprimerie DOURIEZ-BATAILLE
5, rue Jacquemars-Giélée
—
1931.

LES PANCRÉAS ACCESSOIRES

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juillet 1931, à 17 heures 30

PAR

Mᵉˡˡᵉ DELABY Gabrielle-Anna

Née le 17 Septembre 1904, à Laventie

LES PANCRÉAS ACCESSOIRES

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. LAMBRET.

Suffragants : MM. DEBEYRE.
DELANNOY.
SURMONT.

LILLE
Imprimerie DOURIEZ-BATAILLE
5, rue Jacquemars-Giélée

1931.

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I.✪). — Assesseur : M. E. Gérard (✲, I.✪)

Clinique médicale	MM. Carrière (O.✲, I.✪), professeur
	Minet (I.✪), id.
Clinique chirurgicale	Gaudier (O.✲, ⚷, I.✪), id.
	Lambret (C.✲, I.✪), id.
Clinique des mal. cutanées et syphil.	Charmeil (✲, I.✪), id.
Clinique obstétricale	Bué (✲, I.✪), id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	Surmont (✲, I.✪, ✠), id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	Potel (✲, ⚷, I.✪), id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale	Ingelrans (I. ✪), id.
Physiologie	Dubois (I.✪), id.
Anatomie	Cordier (A. ✪), id.
Histologie	Debeyre (O.✲, ⚷, I.✪, ✠) id.
Chimie minérale et Toxicologie	Vallée (✲, I.✪), id.
Chimie organique	Polonovski (A.✪, ⚷), id.
Matière médicale et Botanique	Fockeu (✲, I.✪, ❁, ✠), id.
Pharmacie et Pharmacologie	Gérard (Ernest) (✲, I.✪), id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	Desoil (✲, I.✪), id
Accouchements et Hygiène de la première enfance	Paucot (I. ✪), id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Le Fort (C.✲, ⚷, I.✪, O.✠), id.
Clinique psychiâtrique	Raviart (✲, I.✪), id.
Clinique médicale infantile	Pierret (I.✪), id.
Thérapeutique	Doumer (Ed.) (⚷, A. ✪), id.
Médecine opératoire	Vanverts (✲, I.✪), id.
Hygiène et Bactériologie	Legrand (A. ✪ ✠), id.
Médecine légale	Leclercq (✲, ⚷, I.✪), id.
Hydrologie et Crénothérapie	Duhot (I.✪), id.
Physique médicale	Fabre (✲, I.✪), id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :
MM. Morvillez (I. ✪) ; Combemale P. (A. ✪) Lavier (⚷, O. A.✪),

Cours complémentaires

Clinique ophtalmologique	MM. Painblan, (✲, I.✪), ch. de cours
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. Debeyre (O✲, ⚷, I✪, ✠) id.
Chimie analytique	Giberton, id.
Physique pharmaceutique	Sonneville (A.✪), id.
Parasitologie	Lavier (⚷, A. ✪), id.
Déontologie	Bertin (✲, I.✪), id.
Cryptogamie	Morvillez (I.✪), id.

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O.✲, I.✪), Combemale (O.✲, I.✪), Charmeil. (✲, I. ✪).

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O.✲, I.✪), Calmette (C.✲), Lescœur (I.✪), Baudry (✲, I.✪, ✠), Debierre (✲, I.✪), Doumer ✲, I.✪), Curtis (✲, I.✪), Lemoine (✲, I.✪), Bédart (O.✲, I.✪, I.✠) Combemale (O.✲, I.✪ M)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Agrégés en exercice :

MM. Gérard M. (⚷, ✲, I.✪), P. Delannoy (A.✪), Paquet (⚷, I.✪), Bertin (✲), Swynghedauw (⚷, I.✪), Auguste (A.✪,) Gernez, Nayrac, Grandclaude (O. ✲), Giberton, Thomas, Piquet.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MON FIANCÉ

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMBRET,

Professeur de Clinique Chirurgicale,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

A qui j'exprime toute ma gratitude pour avoir accepté la présidence de cette thèse, qu'il a inspirée.

Qu'il veuille croire à ma vive reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il m'a réservé dans son service.

A MES JUGES,

Monsieur le Professeur SURMONT

Professeur de Clinique Gastro-Entérologique,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Professeur DEBEYRE,

Professeur d'Histologie,

Officier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Professeur Agrégé DELANNOY

Je les remercie de tout cœur de l'honneur qu'ils me font aujourd'hui.

A Monsieur le Docteur Pierre RAZEMON,

Qui a bien voulu m'aider dans l'élaboration de cette thèse.

A mes Amis de la Clinique Chirurgicale

de l'Hopital Saint-Sauveur

A mes camarades d'études

Introduction

Nous avons eu l'occasion de voir opérer, par notre Maître Monsieur le Professeur Lambret, un malade présentant un syndrome clinique et radiologique typique d'ulcère duodénal. A l'intervention on a trouvé dans la paroi antérieure du bulbe un pancréas accessoire, cause de tous les troubles morbides présentés par le malade. L'ablation simple de ce pancréas guérit le malade définitivement ; nous avons pu constater le maintien de cette guérison trois ans et demi après l'intervention.

En nous reportant au mémoire de MM. Gosset, Loewy et Bertrand (Juin 1923), nous avons pu voir que les pancréas accessoires avec histoire clinique étaient relativement rares.

C'est ce qui nous a incitée à réunir les observations analogues parues dans ce mémoire, et à faire de cette question le sujet de notre thèse.

Si la structure et l'origine des pancréas aberrants ont fait l'objet de nombreux travaux, depuis la thèse de Doctorat de notre Maître, Monsieur le Professeur Debeyre, l'étude clinique et en particulier l'étude symptomatologique des pancréas

aberrants, chez l'homme, n'avait pas encore constitué le sujet d'un véritable travail d'ensemble.

Nous avons tenté cette étude générale, en nous aidant du mémoire récent de MM. Razemon et Vandendorp, paru dans les « Archives des Maladies de l'Appareil digestif ».

Il y a quelques jours à peine, Monsieur le Professeur Lambret a opéré un nouveau cas de pancréas accessoire duodénal, coexistant avec une ptose gastrique. Notre Maître nous a autorisée à publier cette observation inédite. Nous lui en exprimons toute notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Définition - Historique

« Le pancréas accessoire, écrit Charpy, consiste en une petite glande aberrante, située plus ou moins loin de la glande principale, tantôt au-dessus dans la paroi de l'estomac, tantôt sur la partie convexe du duodénum, tantôt au-dessous sur le trajet de l'intestin grêle. Son volume varie de la grosseur d'une lentille à celle d'un haricot. Ordinairement, le canal excréteur est bien visible, et s'ouvre dans la portion voisine de l'estomac ou de l'intestin. »

Nous ajouterons, dès maintenant, que du tissu glandulaire pancréatique a pu être identifié dans toutes les parties de la portion péritonéale du tractus digestif, excepté le colon et le rectum. On a pu voir des pancréas accessoires dans la paroi de la vésicule biliaire, le long des canaux biliaires, dans le corps et dans la capsule de la rate ; enfin,

dans les différents mésentères et même dans la cicatrice ombilicale.

La question des pancréas accessoires a fait l'objet d'un grand nombre de recherches dans toute la série des vertébrés.

Dès 1856, Poinsot décrit, chez le *bœuf,* de petits pancréas accessoires, dont les canaux excréteurs viennent s'aboucher dans le canal chlodéloque, vers son point d'union avec le cystique. Claude Bernard donne plus tard, en 1859, une description plus détaillée de ces pancréas surnuméraires.

Chez le *rat adulte,* Ranvier (1884-1885), signale l'existence de toute une série de canaux pancréatiques venant déboucher dans le canal hépatique. L'origine de ces canaux chez l'embryon est bien étudiée par Laguesse et par Monsieur le Professeur Debeyre, dans sa thèse de Doctorat en Médecine (1904).

Laguesse (1895) décrit, chez le *mouton,* une série de glandules pancréatiques accessoires échelonnées le long du cholédoque.

Les travaux plus récents, dans la série des mammifères, concernent principalement le chat et le chien.

Chez le *chat,* Miller (1903), Becwith (1911), Bremer (1923), Bean et Dreyer, signalent la présence de tissu pancréatique dans la paroi de la vésicule biliaire.

En 1899, Wertheimer trouve chez le *chien* un petit pancréas accessoire sous et à quelques centimètres en arrière de la glande principale.

Un cas semblable est signalé par Boldyreff en 1929. Chez le même animal, Mann et Higgins étudient plusieurs cas de pancréas accessoires de la vésicule biliaire.

Entre temps, les mêmes trouvailles et les mêmes recherches sont faites chez *l'homme*. Elles sont d'ailleurs très nombreuses et nous allons les classer selon l'étage du tractus digestif qu'elles intéressent.

1°) *Pancréas accessoires situés dans la paroi gastrique.*

Klob, le premier, décrit en 1859 une glande pancréatique placée entre les tuniques de l'estomac. Puis c'est au tour de Gegenbaur (1863) d'en décrire une située dans la paroi antérieure de l'estomac, près de la petite courbure. Wagner, la même année, décrit un cas identique. Viennent ensuite la thèse de Shirmer (Bâle, 1873, et celle de Duparc (Paris, 1900), qui apportent chacun de nouveaux cas. Les travaux de Letulle (1900), Glinski (1901), Muller (1904), Warthin (1904), Letulle et Vinay (1921), Delhougne (1921-1024).

La communication à la Société de Chirurgie de MM. Gosset, Loewy et Bertrand montre l'importance clinique des pancréas accessoires.

Elle a été suivie des publications de Oudard et Seguy (1923), Vigi et Gamborini (1924), Munch (1924-1925), Lesne et Coffin (observations chez le nourrisson, 1925), Hale (1926), Hilarowicz (1927),

Haas (1928), Gutman (1928), Vandendorp (1928), Cox (1929), Cogniaux (1928), Sussi (1930).

2°) *Pancréas accessoires situés dans la paroi duodénale.*

Les premières observations sont celles de Van Gieson (1889), de Biggs (1893), de Letulle (1899), de Gandy et Griffon (1901). Puis viennent celles de Volker (1901), Reitmann (1903), Gosset (1923), Griep (1926), Cade (1928), Lambret, n° I (1931).

Dans le cas de Gosset, il y a coexistence d'un pancréas accessoire gastrique et d'un pancréas accessoire duodénal.

3°) *Pancréas accessoires situés dans la paroi des voies biliaires.*

Deux cas de pancréas accessoire situé dans la paroi de la vésicule biliaire ont été trouvés et décrits par Hedry, en 1924, et par Cogniaux en 1928.

D'autre part, Weeks et Steinke décrivent, en 1927, des pancréas aberrants le long des canaux biliaires et étudient leurs rapports avec la cirrhose biliaire.

4°) *Pancréas accessoires situés dans la paroi de l'intestin grêle.*

La plupart des pancréas accessoires décrits au niveau du jéjuno-iléon, sont placés au sommet d'un diverticule intestinal provoqué par la glande. Une seule observation, celle d'Albrecht (1901), signale

un pancréas aberrant au niveau d'un diverticule de Meckel.

Les observations sont dans l'ordre : celles de Klob (1859), Zenker (six cas, 1961), Neumann (1870), Apollario (1887), Nauwerck (1870). Dans cette dernière observation, le pancréas accessoire était situé au milieu d'un diverticule, à deux millimètres au-dessus de la fin de l'iléon, alors qu'un second diverticule, sans glande, existait un mètre plus bas.

Nous signalerons ensuite les cas de Katusata (1896), de Brumer (1899), Albrecht (1901), Reitmann (1903), Kirmisson et Bize (1904), Alburger (1904), Marie (1906), Grjsel et Bize (1904), Albrecht et Arzt (1910), Thomson (1912), Benjamin (1918), pour ne citer que les principaux. Parmi les observations les plus récentes, signalons les observations de Weidmann (1927), Travinski (1927), Feyder (1929).

5°) *Pancréas accessoire situé dans le petit épiploon.*

Un seul cas a été observé par Prudden.

6°) *Pancréas accessoire situé dans l'épiploon pancréatico-splénique.*

Hyrtl décrit dans l'épiploon pancréatico-splénique une masse de la grosseur d'une amande. Comme le signale Charpy, il s'agit d'ailleurs peut-être ici d'un *pancréas divisum,* la queue pouvant

avoir été isolée par une veine volumineuse qui passait à ce niveau.

Weidmann a également décrit, en 1910 et 1913, deux cas de pancréas accessoires situés dans la capsule de la rate.

Comme on peut le voir, la question des pancréas accessoires n'est pas une question nouvelle. En énumérant successivement les noms des auteurs qui ont étudié ce sujet, nous avons simplement voulu faire observer que chaque année est marquée par la publication d'une ou de plusieurs observations de nouveaux cas de pancréas aberrants.

Cette anomalie est donc très connue. Mais nous tenons à signaler que la plupart des observations ont été faites sur le cadavre, le pancréas surnuméraire n'ayant jamais manifesté son existence pendant la vie.

Ce n'est pas la malformation en elle-même qui nous intéresse et qui constitue la partie principale de ce travail.

Nous envisagerons surtout, dans ce qui va suivre, les troubles que peut provoquer, dans le bon fonctionnement de l'organisme, la présence d'un pancréas accessoire situé dans la paroi d'une portion du tractus digestif.

Comme le font remarquer Gosset, Loewy et Bertrand (1923), les observations de pancréas accessoire, dont l'histoire clinique est complète, sont rares. Depuis cette publication, nous avons pu relever un certain nombre d'observations auxquelles

nous ajouterons celles de Monsieur le Professeur Lambret.

Pour écrire l'histoire clinique des pancréas aberrants, nous n'avons tenu compte que des cas où le pancréas surnuméraire était la seule lésion trouvée à l'intervention, de façon que les troubles observés puissent être attribués uniquement à la présence du pancréas aberrant.

C'est-à-dire que nous avons éliminé les observations de pancréas accessoire coexistant avec un ulcère de la muqueuse digestive, une ptose, etc...

Une étude d'ensemble de cette symptomatologie n'a pas encore été faite, croyons-nous.

Nous allons, dans cette thèse, nous efforcer de combler cette lacune.

CHAPITRE II

L'Origine et la Structure des Pancréas Accessoires

« D'origine entodermique, le pancréas des vertébrés naît de la région duodénale de l'intestin, au voisinage immédiat de l'insertion, sur ce dernier, de la vésicule ombilicale. A sa formation concourent deux bourgeons primitifs : l'un dorsal, c'est le plus important, l'autre ventral, double le plus souvent, né de l'épithélium même du conduit hépatique primitif ; c'est l'accessoire. »

C'est ainsi que Monsieur le Professeur Debeyre résume le développement du pancréas dans sa thèse de Doctorat en Médecine.

Quel est le mode de développement général adopté par ces ébauches pancréatiques ?

« Le bourgeon primitif dorsal se pédiculise et s'étend vers la droite ; le foie, d'abord ventral, se

déplace également vers la droite et entraîne son conduit et les bourgeons ventraux qui passent aussi du côté droit. Les deux masses dorsale et ventrale, au contact, finissent par se souder ; d'autre part, les ébauches ventrales se fusionnent de bonne heure entre elles. Les trois ébauches sont donc unies intimement en une seule glande ; deux canaux persistent : le dorsal ou conduit de Santorini, le ventral ou canal de Wirsung, résultant de la réunion des deux conduits pancréatiques ventraux.

En réalité, les dispositions définitives des canaux sont très variables ; souvent l'un d'eux s'atrophie et devient rudimentaire. Mais les deux canaux peuvent avoir une égale importance ; même les trois conduits primitifs et respectifs de chaque ébauche peuvent persister.

Mais nous signalerons surtout ici une autre série de faits intéressants, s'écartant de cette description aujourd'hui classique, et sur lesquels on a fort peu insisté jusqu'ici. Il s'agit de la présence de pancrées accessoires, supplémentaires et souvent inexplicables par ce que nous savons du développement des trois ébauches primitives. »

Nous avons vu, dans le Chapitre I, que la découverte de ces pancréas surnuméraires remonte à 1856 : Poinsot, puis Claude Bernard, donnent à cette époque une description détaillée, chez le bœuf, de pancréas surnuméraires dont les canaux excréteurs vont se jeter dans le canal cholédoque. Depuis lors, de nombreux cas ont été décrits dans

toute la série des vertébrés. Chez l'homme, en particulier, les pancréas accessoires trouvés au cours d'autopsies sont relativement fréquents. Lors de sa communication à la Société de Biologie, du 10 Mars 1900, Letulle signale l'existence de pancréas accessoires dans trois pour cent des autopsies qu'il a pratiquées. Dans son « Traité sur le Pancréas », paru en 1910, Opie dit avoir trouvé dix cas de pancréas surnuméraires sur 1.800 autopsies faites au John's Hopkins Hospital. Mouchet, en 1910, en signale 5 cas sur 200 autopsies.

La moyenne des diverses statistiques donne 2 cas de pancréas surnuméraires pour 100 autopsies.

Chez l'homme, le pancréas aberrant se rencontre avec la plus grande fréquence au niveau de l'estomac, surtout du pylore. Dans le duodénum, cette fréquence est moins grande, mais la fréquence augmente à nouveau au niveau du jéjunum et de l'iléon. Les pancréas aberrants des voies biliaires, ou inclus dans les différents épiploons ou la cicatrice ombilicale, sont des raretés.

« De toutes les malformations effectuées au niveau du duodénum, écrit Letulle, l'existence de pancréas surnuméraires est assurément la plus commune. A l'inverse des rates et des surrénales surnuméraires souvent multiples, le pancréas surnuméraire est toujours solitaire. Dans la plupart des faits, à un premier examen, il est pris soit pour une tumeur, soit même pour un abcès tuberculeux du duodénum. La masse glandulaire aberrante présente des caractères parfois si précis que l'erreur

est facilement évitable. D'ordinaire, il s'agit d'une masse aplatie, peu saillante, logée sur la face antérieure du duodénum, plus ou moins loin de la région pylorique et recouverte par le péritoine viscéral. Au-dessous de ce dernier, les lobules glandulaires dessinent autant de petites saillies blanches et fermes, en tout comparables, déjà à l'œil nu, aux grains glandulaires du pancréas. La petite saillie ainsi constituée est arrondie de manière assez régulière, de la largeur d'une pièce de un, deux ou cinq francs, légèrement bombée, sorte de disque de consistance homogène, beaucoup plus grande que celles des autres parties du duodénum. Sur la coupe on reconnaît sans peine, avant tout examen microscopique, l'envahissement total des couches constitutives de l'intestin par le tissu glandulaire. La surface de la muqueuse duodénale a une apparence normale. L'orifice du canal excréteur de la glande est d'ordinaire invisible à l'œil nu.

D'autres fois, la glande accessoire est, à l'instar du vrais pancréas, en entier extraduodénale et ne tient que par une de ses extrémités à la surface de l'intestin, qu'elle ne pénètre que par un fin canal excréteur.. »

Nous compléterons cette description, écrite en 1900, en disant que contrairement à ce qu'affirmait Letulle, le pancréas surnuméraire n'est pas toujours solitaire. Gosset en a trouvé deux chez le même individu : l'un était gastrique, l'autre était duodénal. Dans le cas d'Oudard, il y avait deux pancréas accessoires sur le bulbe duodénal. D'au-

tre part, le volume du pancréas aberrant est essentiellement variable ; parfois il est réduit à une simple induration de la paroi du tube digestif. D'autre fois, il peut atteindre la taille d'une noix. Ces cas sont les plus rares ; la taille du pancréas surnuméraire ne dépasse pas habituellement celle d'un haricot.

Sur le vivant, le pancréas accessoire se présente sous l'aspect d'une petite tumeur de coloration gris-rosée, à contours parfaitement limités. Sa situation est sous-muqueuse ou sous-séreuse. Rarement pédiculée, elle est beaucoup plus habituellement sessile, lorsque son volume est suffisamment grand. Sur la face muqueuse de la paroi digestive, il est parfois possible, même sur le vivant, d'apercevoir le canal excréteur de la glande.

Avant de décrire la structure histologique générale des glandes pancréatiques accessoires, nous allons donner le compte rendu de l'examen histologique du cas n° 1 de Monsieur le Professeur Lambret.

Ce cas peut être considéré comme l'un des types de structure, souvent rencontrés, et est particulièrement instructif.

« L'examen histologique de la pièce opératoire montre, dans la paroi duodénale, la présence de tissu pancréatique typique. L'aspect de ce tissu varie suivant l'endroit où on le considère. On peut y distinguer deux portions réunies par un étroit collet : l'une située entre les faisceaux de la musculeuse, l'autre étalée dans la sous-séreuse.

La première est une glande pancréatique normale (Fig. 3). Au contraire, la portion sous-séreuse se caractérise par l'absence d'acini pancréatiques. Au milieu d'un tissu conjonctif abondant sont disséminés des îlots et des cavités (Fig. 4). Les cavités ont des dimensions variables; certaines sont visibles à l'œil nu. L'épithélium qui les tapisse est prismatique, simple ou cubique. L'examen des coupes en série montre que ces cavités sont en réalité des tubes, qui représentent des canaux excréteurs dilatés à l'extrême. Les îlots de Langerhans-Laguesse se présentent sous leur aspect le plus caractéristique. Ce sont des masses cellulaires pleines, sans lumière excrétrice, traversées de nombreux capillaires (Fig. 5).

Les cellules ont un cytoplasme vacuolaire, un noyau riche en chromatine. Les îlots de forme sphérique sont de taille variable. Mais la plupart atteignent 150 à 200 μ. Ils se classent donc parmi les îlots volumineux. Leur nombre est également supérieur à la moyenne. Cette glande sous-séreuse s'oppose donc à la glande intermusculaire ; elle offre un type endocrine pur, par suite de la disparition des éléments élaborateurs de la sécrétion externe, les acini.

Il faut en outre signaler l'hypertrophie et l'anarchie des couches musculeuses de la paroi duodénale autour de la tumeur, ainsi que l'abondance des ganglions nerveux du plexus d'Auerbach.

L'orifice externe du canal excréteur de cette glande pancréatique n'a pu être trouvé. »

Dans ce cas particulier, le pancréas aberrant est donc constitué par deux parties essentiellement distinctes : l'une située dans la musculeuse, l'autre dans la sous-séreuse. C'est là une des dispositions fréquentes du pancréas surnuméraire, qui peut également comporter une portion sous-muqueuse. D'ordinaire, les lobules glandulaires infiltrent de préférence les différentes couches de la paroi digestive : disséminés entre les faisceaux de la musculeuse qu'ils dissocient, ils peuvent franchir la muscularis mucosae et arriver immédiatement au contact de la muqueuse.

Les canaux excréteurs du pancréas accessoire peuvent aboutir à un orifice situé dans une dépression de la muqueuse ou au sommet d'une papille. De nombreux auteurs signalent que ces canaux excréteurs sont très dilatés. On a pu même voir des pancréas aberrants représentés uniquement par des canaux dilatés à l'extrême et que l'on désigne sous le nom de cystadénome.

Quant aux éléments constitutifs du pancréas surnuméraire, ils sont ceux qui constituent la glande normale : ce sont les acini glandulaires, avec cellules centro-acineuses typiques, les canaux excréteurs et les îlots de Langerhans-Laguesse. Habituellement, tous ces éléments constitutifs coexistent ; mais l'un d'eux peut faire défaut, ou même deux d'entre eux. D'autres fois encore, comme l'ont signalé plusieurs auteurs, la glande pancréa-

tique accessoire peut être représentée par les mêmes éléments mal formés ou envahis par du tissu de sclérose, ou encore être associés, au niveau de l'estomac par exemple, à des glandes de Brunner ou de Lieberkuhn aberrantes.

La question de la présence des îlots de Langerhans-Laguesse dans les pancréas accessoires constitue un point très intéressant de leur structure. Letulle considérait l'absence de ces îlots comme constante. Mais les observations ultérieures ont montré que, si cette présence était loin d'être constante, elle était du moins très fréquente. La figure 6 montre en particulier un pancréas gastrique sans îlots de Langerhans, mais avec présence de glandes de Brunner et de glandes de Lieberkuhn.

Le cas n° 1 de Monsieur le Professeur Lambret est particulièrement instructif à ce sujet. Il réalise la dissociation histologique des tissus exocrine et endocrine qui constituent le pancréas normal.

Comment expliquer ce fait ?

Il reproduit, comme le croit notre Maître, les expériences de Walter Schulze (1900) et de Sobolew (1900-1902).

« Le premier, excluant des lobes entiers de pancréas par la ligature en masse chez le cobaye, le second liant le canal pancréatique à son embouchure chez le lapin, obtiennent la persistance des îlots, alors que du reste du parenchyme ne persistent que des vestiges. Et mon élève, Gontier de la

Roche (Thèse, Lille, 1903), renouvelait avec succès les expériences de Schulzé, montrait non seulement la persistance d'anciens, mais la formation de nouveaux îlots qui finissent par exister seuls, bien que pendant assez longtemps il y ait aussi formation de pseudo-acini. » (Laguesse, *Le pancréas endocrine chez l'embryon et dans la série des Vertébrés.* Leçon faite à l'Université de Gand, 1925).

Laguesse, répétant les mêmes expériences chez le lapin, est arrivé à pratiquer la dissociation physiologique complète du pancréas en ses deux glandes exocrine et endocrine. La première avait complètement disparu (canaux et acini), tandis que les îlots avaient persisté nombreux.

Dans le cas n° 1 de Monsieur le Professeur Lambret, l'isolement d'une portion de la glandule pancréatique aberrante a été réalisée par la musculature étranglant les voies d'excrétion de la portion sous-séreuse. Dans la portion sous-séreuse de la glande, les éléments de la sécrétion externe ont disparu ; mais, par contre, le tissu insulaire a persisté en raison de son rôle endocrine.

Peut-être pourrait-on retrouver, dans l'examen histologique du cas de Gosset, une forme de passage à ce type endocrine pur :

« Les îlots endocrines de Langerhans, écrit Gosset, sont plus rares que normalement ; ils n'ont généralement pas la structure syncytiale habituelle, mais conservent une disposition acineuse.

Les cloisons intercellulaires sont encore visibles. Leur protoplasme clair est dépourvu de toute basophilie. Leur topographie est essentiellement périvasculaire ».

La disposition acineuse du tissu insulaire a, en effet, été signalé par Laguesse comme la forme de transition du tissu exocrine au tissu endocrine.

Il convient également de signaler la fréquence de l'hypertrophie de la tunique musculaire de la paroi digestive. Griep, Delhougne, Hilarovicz, Haas, l'ont signalé dans les cas qu'ils ont observés.

Il en est de même dans le cas de Monsieur le Professeur Lambret et dans le cas du pancréas gastrique publié par Vandendorp. Ce fait est pour le moins curieux ; peut-être suffirait-il à expliquer le spasme qu'on rencontre souvent au niveau du segment digestif intéressé par le pancréas aberrant.

En effet, on peut supposer que les modifications vasculaires qui se produisent dans la glande pancréatique accessoire et dans les régions voisines, au moment de la digestion, peuvent être le point de départ d'une action réflexe sur le muscle pylorique.

L'état de spasme permanent de celui-ci pendant la période de sécrétion du pancréas accessoire permettrait d'expliquer à la fois les douleurs et les signes de sténose fonctionnelle que l'on observe très souvent dans les cas de pancréas aberrants gastriques ou duodénaux.

On a beaucoup écrit sur l'origine des pancréas

aberrants. Un grand nombre d'auteurs admettent qu'ils résultent du manque de coalescence et de l'indépendance des bourgeons pancréatiques primitifs. Hedry, en particulier, à propos d'un pancréas accessoire vésiculaire, considère le lobe pancréatique aberrant comme un dérivé du bourgeon pancréatique ventral droit. Letulle considère les pancréas duodénaux ou gastriques comme le résultat du manque de coalescence du bourgeon pancréatique ventral gauche avec les bourgeons voisins. D'autre part, le même auteur considère comme un développement autochtone du bourgeon pancréatique dorsal, une petite masse glandulaire pancréatique surnuméraire placée en saillie sur la caroncule de Santorini.

Pour Opie, une portion de la glande principale pourrait s'isoler et entrer en relations avec le duodénum embryonnaire, où elle trouverait des conditions plus favorables à sa nutrition. Hedry adopte cette même hypothèse pour expliquer la présence de tissu pancréatique dans la vésicule biliaire chez l'homme.

Schaetz suppose qu'aux premiers stades embryonnaires les courants lymphatiques véhiculeraient des amas cellulaires qui pourraient s'implanter en des points différents du tractus digestif. Cette théorie de l'autotransplantation parait difficilement soutenable.

Mais les théories tenant compte de l'histogénèse des tissus pancréatique et hépatique sont beaucoup plus séduisantes :

« Dans le domaine embryologique, écrit Laguesse, l'union du foie et du pancréas s'affirme plus nette encore. Vous savez que le pancréas naît, en effet, non seulement d'un bourgeon dorsal, mais ausi d'un bourgeon ventral issu du cholédoque au niveau même de son abouchement sur l'intestin, et Debeyre a montré que chez le rat de nombreux autres bourgeons accessoires tardifs naissent du cholédoque tout le long de son parcours pour venir prendre part à la constitution de l'organe définitif. Mais en remontant plus haut encore dans le développement, weber (1903) a vu, à des stades très précoces, sur toute une zône annulaire qui'l appelle *anneau hépatopancréatique*, l'épithélium intestinal offrir des séries d'épaississements assez nettement métamériques, au début, sur la longueur de trois ou quatre segments. Et c'est de cet anneau que se dégagent peu à peu les bourgeons définitifs du pancréas et du foie ».

Les glandes pancréatiques aberrantes rencontrées au niveau de l'estomac et du duodénum se développeraient au dépens de l'un des épaississements métamériques. Quant à ceux rencontrés le long des voies biliaires, ils se formeraient comme l'a montré Monsieur le Professeur Debeyre chez le rat, aux dépens de bourgeons pancréatiques accessoires tardifs, nés de l'épithélium même du canal cholédoque.

Enfin l'origine des pancréas accessoires développés loin du duodénum, que l'on peut trouver échelonnés le long du jéjunum et de l'iléon jusqu'à

la valvule de Bauhin, sur le diverticule de Meckel, et dans la cicatrice ombilicale, s'explique facilement si, avec Albrecht, on les considère comme de simples évaginations de l'épithélium intestinal ayant développé sa potentialité pancréatique.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie des troubles créés par les pancréas accessoires. Bien qu'elle ait été l'objet de nombreuses recherches, cette question est encore obscure. Les rapports des pancréas accessoires avec l'ulcère et le cancer, ainsi qu'avec l'adénome développé aux dépens des glandes de Brunner a été particulièrement bien étudié par Gosset dans son mémoire de 1923.

Il semble résulter de toutes ces études que le pancréas accessoire ne parait favoriser le développement d'une ulcération qu'au niveau des muqueuses baignées de suc gastrique actif, comme l'estomac et le bulbe duodénal. Mais ces faits demandent une confirmation.

CHAPITRE III

Etude Clinique

Les pancréas accessoires sont anatomiquement assez fréquents, mais ils donnent rarement des troubles importants.

C'est ce qui explique le petit nombre d'observations présentant un intérêt clinique.

Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, nous avons éliminé de cette étude, tous les cas de pancréas aberrants n'ayant pas déterminé de troubles morbides au cours de la vie du sujet, c'est-à-dire les nombreuses trouvailles d'autopsies, (on rencontre des pancréas accessoires dans 2 % environ des autopsies), ainsi que les découvertes de pancréas aberrants faites au cours de laparatomies exécutées pour une toute autre affection, ulcère de l'estomac, appendicite, etc....

Dans la grande majorité des cas la présence d'un

pancréas accessoire passe inaperçue ; mais parfois, sous des influences mal déterminées, elle peut provoquer des accidents sérieux, et même graves.

Ces accidents surviennent à n'importe quel âge, aussi bien chez le nourrisson (cas de Lesne et Coffin, et de Kelley Hale), que chez l'adulte. Le sexe masculin parait plus touché que le sexe féminin.

Quoiqu'il en soit, les pancréas aberrants peuvent manifester leur existence de plusieurs façons.

1°) *Accidents par altération du tissu pancréatique lui-même.*

a) Ce peut être un accident aigu, soudain et brutal chez un individu antérieurement bien portant : l'*inflammation aiguë ou la nécrose,* comme dans les cas de Cawardine et de Cauchoix.

b) Ou bien, le pancréas aberrant se révèle par un accident plus lent, tel que : l'*inflammation chronique,* pancréatite chronique du pancréas aberrant, associée à une affection similaire de la glande normale (cas de Mayo Robson) ; 2) *la dégénérescence néoplasique, adénomateuse* amenant une augmentation de volume simple de la glande, et pouvant d'ailleurs déterminer une invagination intestinale (Benjamin) ; ou *cancéreuse* comme dans l'observation de Branham.

2°) *Accidents dus à des réactions de voisinage.*

D'autres fois, et le plus fréquemment, le pancréas accessoire manifeste son existence de toute

autre façon, soit par son développement véritablement anormal, soit par sa présence même dans l'épaisseur des parois du tube digestif.

1° *L'inflammation subaiguë ou chronique de la muqueuse sus-jacente.* Cette inflammation peut être superficielle (cas de Gosset) ou s'étendre plus profondément, dans la sous-muqueuse (cas de Deaver).

2° *L'ulcération de la muqueuse* simple (cas de Cohen), ou pouvant s'étendre à la sous-muqueuse (cas de Deaver et de Sussi).

3° Le pancréas aberrant révèle le plus souvent sa présence par *l'apparition de signes douloureux de types variés ou de troubles de l'état général,* pouvant simuler à peu près toutes les affections du tractus digestif.

4° Le pancréas accessoire siégeant au niveau du pylore provoque des *troubles de la motilité gastrique.* Ces troubles constituent un syndrome de sténose pylorique plus ou moins marqué, et que le clinicien rapporte soit à une sténose par hypertrophie musculaire chez le nourrisson, soit à une sténose par ulcère ou cancer de la région pyloro-duodénale chez l'adulte.

Nous faisons immédiatement remarquer que, dans l'observation n° 1 du Professeur Lambret, il y a une hypertrophie considérable de la couche musculaire de la paroi du duodénum. On pourrait

donc supposer que la pathogénie des troubles créés par le pancréas accessoire s'apparenterait à celle de la sténose pylorique par hypertrophie musculaire. Cette éventualité est particulièrement frappante lorsque l'on rapproche certains troubles observés chez l'adulte de ceux observés dans les cas de pancréas aberrant chez l'enfant.

Nous insistons sur ce fait que la symptomatologie des pancréas accessoires est une symptomatologie d'emprunt, calquée sur les affections les plus diverses du tube digestif, et que le diagnostic n'est habituellement fait qu'à l'intervention, ou même qu'après l'examen histologique de la pièce opératoire.

5° *L'invagination intestinale* et *l'occlusion intestinale* sont le mode habituel d'apparition des troubles provoqués par les pancréas échelonnés le long de l'intestin grêle (cas de Brunner, Kirmisson et Bize, Grisel et Bize, Albrecht et Arzt).

Nous examinerons successivement la symptomatologie des pancréas accessoires intéressant les différents segments successifs du tube digestif, et nous donnerons au fur et à mesure le résumé des observations qui ont rapport à chacun d'eux.

I. — PANCRÉAS ABERRANTS GASTRIQUES

Pour cette variété de pancréas accessoire, il y a deux cas à considérer.

a) Chez le Nourrisson.

L'apparition des symptômes bruyants dus à la présence d'un pancréas accessoire est rare. On n'en connaît que deux cas typiques, ceux de Lesne et Coffin et de Kelley Hale.

Si nous avons cru pouvoir consacrer un paragraphe spécial à ce mode de manifestation du pancrés accessoire gastrique, c'est que nous croyons que ces deux observations princeps sont susceptibles d'attirer l'attention sur cette question et que des cas semblables soient trouvés plus nombreux qu'on puisse le croire.

L'affection *calque sa symptomatologie sur celle de la sténose du pylore par hypertrophie musculaire :* apparition précoce, dès la naissance ou presque, de vomissements fréquents, qui deviennent rapidement incoercibles. L'état général décline rapidement et nécessite l'intervention opératoire. Dans les deux cas signalés plus haut, il y avait dans l'épaisseur du pylore une petite tumeur qui a été identifiée, après examen histologique, comme une glande pancréatique accessoire.

Malgré la pylorotomie, un des cas s'est terminé rapidement par la mort (hémorragie).

Voici d'ailleurs le résumé des observations :

OBSERVATION I

Cas de Lesne et Coffin (1925)

Il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin, âgé de trois mois, et présentant depuis sa naissance des vomissements

incoercibles. Il n'y a pas d'intervalle libre entre les vomissements. L'enfant succombe à une broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on trouve une petite tumeur sessile, de 7 m/m de diamètre, faisant saillie dans la cavité gastrique. Son centre n'est distant que de 7 m/m du sillon gastro-duodénal. La muqueuse qui la recouvre est normale.

Examen histologique : Il s'agit d'une glande pancréatique accessoire, placée dans la sous-muqueuse. Présence d'îlots de Langerhans, et de canaux excréteurs fusionnés en un tronc unique. Au voisinage de son orifice gastrique, la muqueuse est atrophiée, mais non ulcérée.

La musculature est normale.

OBSERVATION II

Cas de Kelley Hale (1926)

Nourrisson du sexe masculin âgé de six mois, vomissant depuis l'âge de trois semaines.

Intervention : Sténose hypertrophique du pylore. Pylorotomie. Hémorragie. Mort.

Examen histologique : Sur la paroi postérieure du pylore il existe un petit pancréas accessoire d'un millimètre d'épaisseur environ. Le muscle pylorique a 6 m/m d'épaisseur environ.

b) Chez l'Adulte.

La symptomatologie des pancréas aberrants est très variée, et peut aller des troubles dyspeptiques les plus banaux aux accidents graves de la sténose pylorique ; mais, d'une façon générale, quel que soit le type, elle est dominée par la présence de douleurs.

1° *Pancréas gastrique se signalant par des troubles dyspeptiques, sans signes de sténose.*

Dans ces cas, il s'agit habituellement d'individus n'ayant jamais souffert de l'estomac auparavant. L'apparition de modifications de l'appétit, de nausées, de quelques vomissements, généralement en rapport avec l'alimentation, inquiète à juste titre ces malades.

D'autres fois, les signes offerts par le malade sont plus importants : chez un individu présentant des troubles dyspeptiques depuis quelques mois ou plusieurs années, apparaissent des crises douloureuses gastriques, survenant tardivement, deux ou trois heures après les repas, calmées ou non par l'alimentation. Ces crises douloureuses ne sont généralement pas suivies de vomissements. L'amaigrissement du malade est extraordinairement rapide. Les crises deviennent de plus en plus fréquentes et surtout de plus en plus violentes. Le malade réclame toujours l'intervention, qui est, dans la majorité des cas, faite sur le diagnostic d'ulcus du pylore.

OBSERVATION III

Cas de DE JONG (1917)

Femme de 38 ans, souffrant de l'estomac depuis 8 ans. Crise douloureuse calmée par l'alimentation ; pas de vomissements.

Intervention : tumeur du volume d'un pois sur la

petite courbure. La tumeur est juxta-pylorique. Ablation. Guérison.

Examen histologique : pancréas accessoire. La musculeuse gastrique voisine est très hypertrophiée.

OBSERVATION IV

Cas de Letulle et Vinay (1921)

Femme de 32 ans présentant depuis 4 ans des douleurs gastriques tardives, intolérables depuis un mois. Pas de vomissements. Amaigrissement de 5 kilogrammes.

Intervention : tumeur juxta-pylorique, sous-séreuse, du volume d'une noisette. Excision sans gastroentérostomie.

Examen histologique : pancréas accessoire avec canaux excréteurs et îlots de Langerhans.

2° *Pancréas gastrique simulant un ulcère gastrique, avec ou sans signes de sténose pylorique.*

Le pancréas gastrique provoquant l'apparition d'un syndrome ulcéreux est de beaucoup le plus fréquent ; dans ce cas, le symptôme *douleur* est le symptôme dominant.

Les douleurs à horaire demi-tardif ou tardif sont habituelles d'ordinaire : ce sont des sensations de distension, de crampe ou de brûlure ; mais elles peuvent être aussi constituées simplement par des malaises épigastriques, accompagnés d'éructations, de nausées, etc...

Elles apparaissent une à deux heures après les repas ; elles n'ont aucun rapport avec le genre

d'alimentation. Cette modalité d'apparition est cependant variable, et l'on peut voir, chez le même malade, comme dans le cas de Gosset, les douleurs se produire, soit très précocement après les repas, soit très tardivement, trois à quatre heures après l'ingestion d'aliments. Il est vrai que, dans ce cas, il y avait coexistence d'un pancréas accessoire gastrique et d'un pancréas accessoire duodénal.

Le malade rapporte habituellement la douleur à la région épigastrique, mais il n'est pas rare aussi qu'il la situe dans la région ombilicale.

Cette douleur peut être fixe ou s'irradier : assez rarement transfixiante, elle prend plus volontiers le type de douleur en ceinture. Sa durée est variable, d'une demi-heure à deux heures et plus ; elle est continue, mais souvent l'ingestion nouvelle d'aliments ou d'une poudre alcaline peut la calmer.

L'existence de vomissements est assez rare. Quand ils existent, ils présentent des caractères variables, difficiles à fixer. Ils sont habituellement alimentaires, survenant soit immédiatement après le repas, soit quelques heures après. Beaucoup plus tardifs, ils présentent les caractères de la stase, et ne se rencontrent que lorsque le pancréas gastrique provoque des signes de sténose pylorique. Les vomissements calment presque toujours les douleurs.

L'hématémèse et le melaena sont exceptionnels.

Il y a d'ailleurs des degrés dans l'importance des symptômes : certains malades supportent fa-

cilement leur affection ; chez d'autres, au contraire, l'atteinte de l'état général est telle que l'intervention s'impose. D'autres fois encore, au syndrome ulcéreux simple, s'ajoutent des signes de sténose pylorique : liquide à jeun, clapotage gastrique, vomissements tardifs présentant les caractères de la stase, amaigrissement progressif considérable.

Tous les symptômes que nous venons d'exposer se manifestent suovent sous forme de crises périodiques, tout comme dans le cas d'ulcère gastrique.

La fatigue, les écarts alimentaires sont susceptibles d'en hâter le retour et d'en accroître la fréquence.

La symptomatologie objective de ces pancréas aberrants est également calquée sur celle des ulcères gastriques. Nous n'allons d'ailleurs insister d'une façon toute spéciale que sur les signes physiques présentant une fréquence plus grande dans le cas de pancréas aberrant. Cela nous évitera de répéter, à propos de cette affection particulière du tube digestif, toute la symptomatologie clinique des ulcères de la région duodéno-pylorique.

Le principal de ces signes est la douleur. Chez certains malades porteurs de pancréas accessoire, la douleur révélée par la palpation du creux épigastrique est exquise et s'accompagne d'une défense nette des muscles de cette région.

Lorsque le pancréas accessoire provoque un syndrome de sténose du pylore, il est évident que les signes cliniques observés sont beaucoup plus nets.

La constatation des signes physiologiques de gêne du transit pylorique, associés à des signes de mauvaise évacuation gastrique (en particulier clapotage gastrique à jeun), fait songer sérieusement à une sténose pylorique.

Les renseignements fournis par la radioscopie sont de beaucoup les plus intéressants. Ils n'appartiennent cependant pas en propre aux pancréas accessoires gastriques ; ils dépendent autant de la glande aberrante que des réactions de voisinage.

On peut observer :

Des encoches spasmodiques des courbures gastriques ;

Des signes radiologiques de sténose du pylore plus ou moins accentuée.

1° Le *spasme localisé* — encoche spasmodique — de la grande courbure, en face d'une zone très limitée (et constante dans les examens successifs) de la petite courbure peut s'accompagner d'une *interruption de l'onde péristaltique* en un segment limité de la petite courbure.

L'encoche spasmodique de la grande courbure est signalée comme particulièrement nette dans les observations de Griep et de Leriche-Cogniaux. Dans le cas de Griep, le pancréas aberrant siégeait au niveau même de l'incisure de la grande courbure, indiquée par la radiographie ; dans le second cas, il se trouvait en face, sur la petite courbure.

Des signes indirects de retentissement gastrique s'observent souvent comme dans le cas n° 1 du

Professeur Lambret : *dilatation segmentaire prépylorique* de l'estomac avec *évacuation accélérée.*

2° Les *signes de sténose du pylore* s'observent habituellement dans le cas de pancréas aberrant juxta-pylorique. La stase gastrique barytée est un signe relativement fréquent ; elle peut s'accompagner ou non de dilatation du bas fond gastrique.

OBSERVATION V

Cas de Griep (1920)

Malade présentant depuis quelques années des phénomènes dyspeptiques : pesanteurs gastriques continuelles, crises douloureues violentes sans rapport avec les repas.

Pas de vomissements.

Examen radiologique : incisure spasmodique de la grande courbure, et zône douloureuse résistante au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Intervention : Le pylore est induré, peu perméable et on fait une pyloroplastie. Mais en outre à l'endroit de l'incisure, il existe une petite tumeur de 2 centimètres de diamètre, faisant saillie sous la muqueuse. Excision.

Examen histologique : Pancréas accessoire. La musculeuse gastrique voisine est très hypertrophiée.

OBSERVATION VI

Cas de Cohen (1922)

Malade présentant des douleurs épigastriques une heure ou une heure et demie après les repas ou en dehors des repas ; ces douleurs ont calmées par les alcalins. Vomissements. Sensibilité de l'épigastre.

Examen radiologique : image lacunaire de la région pylorique.

Intervention : Tumeur pylorique du volume d'une noix et rétrécissant le canal. Pylorectomie. Gastroentérostomie.

Guérison maintenue après 3 ans.

Examen histologique : Pancréas accesoire. La muqueuse recouvrant le nodule est ulcérée dans ses parties superficielles.

OBSERVATION VII

Cas de Gosset (1923)

Homme de 57 ans, dyspeptique depuis 12 ans. Recrudescence des troubles gastriques depuis 1 an. Douleurs ombilicales et sus-ombilicales irradiant en ceinture, surtout après les repas, immédiatement ou 3 ou 4 heures plus tard. Ces douleurs comparées par le malade à des brulures, sont calmées par les alcalins et la prise d'alimentation. Quelques vomissements.

Examen radiologique : Bulbe duodénal non rempli. Troisième portion du duodénum fortement dilatée.

Intervention : Petites tumeurs du volume d'un pois, l'une gastrique, l'autre duodénale, situées de part et d'autre du pylore à trois travers de doigt de celui-ci. Excision des tumeurs. Pas de gastro-entérostomie.

Examen histologique : Tissu pancréatique typique avec présence d'îlots de Langerhans et de canaux excréteurs. En face du pancréas gastrique, infiltration lymphoïde diffuse de la muqueuse.

Après six semaines : bulbe d'aspect radiographique normal ; notable amélioration clinique ;

OBSERVATION VIII

Cas de Gutmann et Thaleimer (1928)

Femme présentant un syndrome de sténose pylorique par ulcère pour lequel elle avait subi en 1921 une gastro-entérostomie. Persistance des douleurs. Douleurs irrégulières à irradiation dosale.

Réintervention (Prof. Gosset) : Noyau dur au niveau du pylore.

Examen histologique : Pancréas accessoire.

OBSERVATION IX

Cas de Leriche et Goniaux (1928)

Homme de 29 ans, présentant depuis deux mois des douleurs gastriques survenant une heure après les repas, durant une demie heure à une heure, et amenant souvent des vomissements alimentaires. Aucune amélioration par le traitement médical.

Examen radiologique : La petite courbure, près du pylore, est comme rétractée et floue. Incisure spasmodique nette en face sur la grande courbure.

Intervention : Sur la petite courbure, près du pylore, tumeur sous-muqueuse du volume d'une noix.

Pylorectomie.

Guérison.

Examen histologique : La tumeur sessile est implantée directement sur la muqueuse. Série de petits pancréas accessoires en îlots disposés autour d'une sorte de diverticule intrapariétal. Pas d'orifice d'abouchement des canaux excréteurs à la paroi gastrique.

3° *Pancréas gastrique simulant un cancer du pylore.*

C'est le cas le plus fréquent, et le médecin songe d'autant plus volontiers au cancer lorsqu'il s'agit de malades dont l'âge voisine la cinquantaine.

Tout comme dans le cancer gastrique, le début de l'affection est très insidieux : le sujet, jusque-là bien portant, se plaint d'éprouver, depuis quelques semaines ou quelques mois au plus, des phénomènes dyspeptiques qui l'étonnent : anorexie, lourdeurs après les repas, renvois, aigreurs, etc... Ses forces diminuent, et il est fortement inquiet de maigrir lentement mais régulièrement.

Les phénomènes dyspeptiques s'aggravent et l'on peut voir s'installer un syndrome de sténose pylorique qui exagère rapidement l'intensité de tous les signes généraux.

L'amaigrissement devient considérable. La perte de poids peut aller jusqu'à quinze kilogrammes et quelquefois plus. L'anémie est intense, la perte des forces très marquée.

On peut voir, comme dans le cas d'Oudard, le taux des globules rouges descendre à 1.900.000 par millimètre cube. Cette anémie disparaît rapidement après l'excision du pancréas accessoire.

Déjà impressionné par ce tableau clinique, le médecin incline d'autant plus volontiers à faire le diagnostic de cancer gastrique, que souvent la palpation révèle la présence d'une tumeur dans la

région pylorique et que le diagnostic est habituellement confirmé par la radioscopie. Le signe radiologique direct et indiscutable de tumeur se rencontre parfois au niveau du pylore ou dans son voisinage. *L'image lacunaire* est l'aspect le plus fréquent. Elle ne dépasse jamais la taille d'une noix et possède des contours bien délimités.

L'état général du malade nécessite toujours l'intervention opératoire ; mais le diagnostic n'est pas toujours tranché quand le chirurgien a la tumeur sous les yeux. C'est habituellement l'examen histologique qui permet d'avoir une opinion définitive.

OBSERVATION X

Cas de Reynier et Masson (1909)

Homme de 37 ans présentant les signes d'un cancer pylorique débutant : stase, hypoacidité, amaigrissement.

Intervention : Tumeur du volume d'un gros pois au niveau du pylore. Pylorectomie. Gastroentérostomie.

Guérison.

Examen histologique : Adénome développé aux dépens d'un pancréas accessoire.

OBSERVATION XI

Cas de Delhougne (1921)

Femme de 45 ans présentant depuis plusieurs mois des troubles gastriques vagues, nettement influencés par l'alimentation. Par la palpation on sent dans la région pylorique, une tumeur du volume d'une noix. Acidité gastrique diminuée.

Examen radiologique : Pas d'image lacunaire.

Intervention : La tumeur siège dans la paroi antérieure de l'estomac, près du pylore. Pylorectomie.

Guérison.

Examen histologique : tissu pancréatique typique avec présence de canaux excréteurs et d'îlots de Langerhans. Le pancréas accessoire est situé dans la musculeuse.

OBSERVATION XII

Cas de Delhqugne (1921)

Femme de 50 ans souffrant de l'estomac depuis 1918. En main 1921 : gastroentérostomie pour hypertrophie du pylore.

En novembre 1921 : pylorectomie.

Examen histologique : Pancréas aberrant avec îlots et canaux excréteurs, situé dans la musculeuse.

OBSERVATION XIII

Cas de Oudard, Jean et Seguy (1923)

Homme de 52 ans présentant depuis quelques mois des phénomènes dyspeptiques. Vomissements tardifs sans hématémèses. Anémie très prononcée : 1.900.000 globules rouges par mmc. Au palper, masse de la grosseur d'une noix dans la région sus-ombilicale droite. Présence de sang dans le liquide gastrique.

Examen radiologique : Estomac dilaté, image d'aspect lacunaire dans la région du bulbe.

Intervention : Tumeur du volume d'une noix sur le versant duodénal du pylore, face antérieure. Sur la face supérieure seconde tumeur du volume d'une cerise. Gastroentérostomie.

Aggravation de l'état général et des symptomes locaux.

Trois semaines plus tard : pylorectomie. Disparition de tous les symptomes. Etat d'euphorie et état général excellent pendant trois mois. Disparition de l'anémie (3.900.000).

Puis apparaisent des symptômes de lésion cérébrale (papillite, vertiges, vomissements) et l'anémie se reproduit (1.200.000 globules). Le malade meurt en trois semaines.

Examen histologique : Pancréas aberrant avec canaux excréteurs et îlots de Langerhans. Absolument aucun caractère de malignité.

L'auteur s'appuyant sur les signes cliniques, attribue cependant la mort à une métastase cérébrale partie de ces tumeurs, bien qu'il ne puisse en donner ni preuve histologique, ni contrôle nécropsique.

OBSERVATION XIV

Cas de Tuffier (1923).

Homme de 52 ans présentant depuis un an des douleurs postprandiales tardives, non suivie de vomissements. Ces douleurs reviennent à intervalles variables. Pas d'hématémèses. Depuis quelque temps les douleurs sont plus rapprochées des repas.

Examen radiologique : Stase gastrique, et imprégnation irrégulière de la région de l'antre pylorique avec douleur.

Intervention : Sur la face antérieure de l'estomac, à deux travers du doigt du pylore existe une petite tumeur sous-muqueuse du volume d'une noisette. Excision. Gastroentérostomie.

Examen histologique : Pancréas aberrant. Canaux pancréatiques déformés, dont la lumière est à peu près comblée

par du tissu fibreux. Acini et îlots de Langerhans, en voie de sclérose.

OBSERVATION XV

Cas de Munch (1925)

Homme de 60 ans. Présente depuis deux ans des pesanteurs épigastriques et des vomissements aqueux. Amaigrissement de 15 kilogs.

Examen radiologique : Estomac en cuvette. Stase gastrique importante.

Intervention : Gastropylorectomie.

Examen histologique : La palpation et l'examen de la pièce montrent dans la paroi postérieure du pylore une tumeur sous-muqueuse bien limitée de la grosseur d'une cerise. La tumeur est gris-blanchâtre à la coupe. A l'examen microscopique : tissu pancréatique typique avec canaux excréteurs. Pas d'îlots de Langerhans.

OBSERVATION XVI

Cas de Griep (1926)

Homme de 68 ans présentant des douleurs gastriques postprandiales depuis plusieurs mois. Amaigrissement considérable. Douleur à la pression de la région pylorique.

Intervention : Petite tumeur du volume d'une fève, située dans la paroi antérieure du pylore. Pylorectomie.

Examen histologique : Pancréas aberrant. Hypertrophie considérable de la musculeuse.

OBSERVATION XVII

Cas de Haas (1928)

Homme de 59 ans présentant depuis deux ans des douleurs épigastriques survenant après les repas et durant 3 ou 4 heures. Douleur à la pression dans la région de l'épigastre. Amaigrissement. Echec du traitement médical.

OBSERVATION XVIII

Cas de Haas (1928)

Homme de 48 ans. Depuis trois ans : douleurs postprandiales épigastriques. Recrudescence des douleurs depuis un mois. Amaigrissement.

Intervention: Tumeur pylorique du volume d'une noix.

Examen histologique : Pancréas aberrant.

II. — PANCRÉAS ABERRANTS DUODÉNAUX

Comme dans le cas de pancréas accessoires gastriques, l'ensemble des signes provoqués par les pancréas duodénaux revêt presque toujours l'aspect d'un syndrome ulcéreux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il peut simuler une affection des voies biliaires.

1° *Pancréas duodénaux simulant un ulcère duodéno-pylorique.*

Le siège des pancréas aberrants duodénaux est généralement juxta-pylorique. Aussi la symptomatologie causée par eux est presque toujours celle

d'un ulcère de la région duodéno-pylorique ; elle est caractérisée par des crises douloureuses paroxystiques, à horaire tardif, à localisation dans l'hypochondre droit.

Comme pour le pancréas gastrique, *la douleur est l'élément fondamental.* Mais elle ne présente pas l'horaire régulier et presque rigoureux de l'ulcus duodénal. Très souvent tardive, trois à quatre heures et plus après les repas, elle peut cependant, chez le même malade et sans cause apparente, survenir très précocement, une demi-heure à une heure après l'ingestion d'aliments.

L'alternance de ces horaires, précoce ou tardif, est très irrégulière et ne paraît soumise à aucune règle fixe.

Les douleurs prennent volontiers le caractère de faim douloureuse. Elles sont habituellement calmées par l'ingestion d'aliments ou de liquides, voire même d'un simple morceau de sucre, comme dans le cas Lambret (n° 1). L'ingestion de poudre alcaline peut également les atténuer.

Les vomissements sont rares, alimentaires. Ils ne présentent jamais les caractères de la stase. Ils terminent souvent une crise douloureuse, qu'ils calment.

Les hémorragies patentes ou occultes n'ont encore jamais été signalées par les différents auteurs.

Par contre, tout comme dans les pancréas aberrants gastriques, les signes généraux sont presque toujours très intenses. L'amaigrissement est constant et peut atteindre plusieurs kilogrammes.

Les sensations de malaises, les migraines post-prandiales, font souvent penser à un syndrome de périduodénite.

Dans le cas de pancréas duodénal, la douleur n'est plus localisée à la ligne médiane ; elle déborde celle-ci à droite et le maximum douloureux est atteint dans la région pylorique. Parfois même, comme dans l'observation d'Alessandri, le siège des douleurs peut encore être plus externe et se situer dans la région vésiculaire, ou à mi-chemin entre cette région et celle du point de Mac Burney.

Si les troubles ressentis par le malade se présentent sous forme de crises répétées, accompagnées de quelques signes vésiculaires, il est évident que, comme dans ce cas, une confusion peut être possible avec une affection des voies biliaires. Il est vrai que, dans cette observation particulière, la glande pancréatique aberrante était située dans la deuxième portion du duodénum. Ce siège inaccoutumé explique peut-être cette localisation spéciale des signes cliniques.

Quoi qu'il en soit, on est toujours amené à intervenir chirurgicalement, car le traitement médical pur reste toujours inefficace.

L'observation recueillie par MM. Razemon et Vandendorp dans le Service de notre Maître, Monsieur le Professeur Lambret, est tout à fait instructive à cet égard. Le pancréas aberrant simulait absolument un ulcère du bulbe duodénal.

OBSERVATION XIX

Cas n° 1 du Professeur Lambret (1931).

Un mécanicien de 47 ans est soigné depuis plusieurs mois déjà pour un ulcère gastrique. Le traitement médical étant inefficace, son médecin l'envoie, le 18 novembre 1925, à la clinique Chirurgicale de l'Hôpital St-Sauveur, à Lille.

Le malade se plaint de douleurs dans la région épigastrique survenant après les repas, avec un horaire variable. Tantôt ces douleurs sont précoces, et surviennent 1/2 heure à une heure après le début du repas, — tantôt elles sont tardives, trois à quatre heure après le repas, et prennent souvent le caractère de faim douloureuse ; plus habituellement, elles offrent le type de brûlures sans irradiation spéciale.

Ces douleurs ont une durée variable ; mais elles sont immédiatement calmées par l'ingestion d'aliments, même minime, telle que celle d'un simple morceau de sucre.

Le malade n'a jamais de renvois, de nausées ou de vomissements. Il n'a jamais fait d'hématèse, et n'a jamais présenté de sang dans les selles.

Malgré un traitement médical bien conduit, il a néanmoins maigri considérablement, et cette perte de poids l'inquiète tellement qu'il accepte sans difficulté l'opération qu'on lui propose.

Les signes physiques qu'il présente sont relativement minimes : la palpation détermine une douleur vive au creux épigastrique, plus modérée dans la région pyloro-duodénale. Le bas fond gastrique est, en position couchée, à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il y a du clapotage gastrique à jeun.

Examen radiologique : Estomac contenant une quantité notable de liquide à jeun. La portion moyenne de l'estomac est étirée, le bas fond est élargi. La région prépylorique, élargie également est irrégulière. Les contrac-

tions péristaltiques surviennent à des intervalles irrégulières. Elles naissent au niveau de la portion moyenne du bas fond, et progressent sur les deux courbures vers le pylore. Elles sont généralement efficaces et l'évacuation de l'estomac s'effectue assez rapidement.

Le point épigastrique est douloureux ainsi que la région pyloroduodénale, sans qu'à ce niveau, on ne trouve de maximum bien précis. La bulbe duodénal est volumineux, l'augmentation portant surtout sur le diamètre transversal. La base est irrégulière ; au niveau de son sommet existe, sur la petite courbure, une encoche profonde, irrégulière, rendue peu visible sur les clichés par la superposition de la seconde portion duodénale, qui double en arrière la première. En dehors des passages pyloriques, la bulbe reste constamment injecté. La portion supérieure du bulbe paraît rétrécie. Elle aboutit au genu supérius en décrivant une courbe à concavité gauche. (Fig. 1).

La seconde portion, difficile à observer, ne paraît pas déformée. On n'y observe ni stase, ni mouvements de brassage.

Diagnostic : Ulcère probable du sommet du bulbe duodénal.

Intervention : Elle est pratiquée le 26 novembre 1925 par Monsieur le Professeur Lambret. En voici le compte-rendu :

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Il n'y a aucune lésion sur la petite courbure de l'estomac et sur le pylore ; pas de lésion de la vésicule biliaire et des canaux biliaires.

Sur la face antérieure du duodénum, un peu avant l'union de la première et de la seconde portion, on trouve une petite tumeur sous-séreuse, plate, à contours arrondis. Son diamètre est d'environ un centimètre. Cette tumeur à surface lisse, de couleur rosée, paraît à la palpation avoir 3 à 4 millimètres d'épaisseur. On pratique l'excision de la tumeur, avec toute l'épaisseur de la paroi

duodénale. Cette dernière est fermée transversalement par deux plans de sutures, qui ne diminuent pas son calibre.

On ne fait pas de gastroentérostomie, et l'on ferme la paroi abdominale.

Les suites opératoires immédiates sont très simples. Le malade sorte de la clinique le 7 décembre 1925.

Le 6 janvier 1926, son état général est devenu excellent : le poids s'est relevé de manière très sensible, et les douleurs gastriques ont complètement disparu.

Le malade est vu à nouveau le 20 Février 1929. La guérison se maintient complète. Depuis l'opération, le malade n'a jamais plus souffert. Le Docteur Loe profite de la présence du patient pour pratiquer un examen radiologique de contrôle, qui fournit les résultats suivants:

Estomac ne contenant pas de liquide à jeun et dont la limite inférieure est à 4 travers de doigt sous les crêtes iliaques.

Les parois sont un peu hypotoniques et se laissent facilement dilater dans l'intervalle des contractions. Aucune image radiologique n'est visible en dehors des contours gastriques. Les contractions péristaltiques sont précoces, nombreuses, profondes, de type hypercinétique. Elles sont efficaces, et l'évacuation gastrique est complètement terminée en deux heures et demie. Le bulbe duodénal s'évacue très rapidement. Sa forme générale est identique à celle révélée par les précédents examens, mais sa partie supérieure est plus large et mieux injectée que sur les radiographies pré-opératoires. (Fig. 2). On n'observe ni stase, ni antipéristaltisme constant au niveau des trois dernières portions duodénales.

Examen histologique : L'examen histologique de la pièce opératoire a montré qu'il s'agissait d'un pancréas accessoire situé dans la paroi duodénale. Nous en avons donné le compte-rendu détaillé au chapitre de la structure des pancréas aberrants, car ce cas présente un intérêt tout à fait particulier.

OBSERVATION XXI

Cas de Deaver et Reimann (1921)

Il s'agit d'un diabétique de 56 ans présentant depuis un certain temps un syndrome douloureux de l'hypochondre droit.

Intervention : Nodule dans la paroi duodénale, avec ulcération de la muqueuse. Excision de la tumeur. Mort au sixième jour.

Examen histologique : Pancréas accessoire sans îlots de Langerhans.

OBSERVATION XXII

Cas de Ritter (1921)

Homme de 27 ans présentant depuis l'âge de 15 ans des crises douloureuses abdominales avec vomissements, attribuées à un ulcère duodéno-pylorique.

Intervention : Tumeur du volume d'un haricot dans la paroi du duodénum, à deux centimètres environ du pylore. Excision de la tumeur. Gastroentérostomie. Guérison.

Examen histologique : Pancréas accessoire.

OBSERVATION XXIII

Cas de Gosset (1923)

Il s'agit d'un homme de 57 ans présentant des troubles dyspeptiques depuis 12 ans. Depuis un an recrudescence de tous les troubles gastriques : le malade se plaint de douleurs ombilicales et sus-ombilicales, irradiant en ceinture, survenant surtout après les repas, précocement ou tardivement, 3 à 4 heures plus tard. Ces douleurs compa-

rées par le malade à des brulures, sont calmées par les alcalins et la prise d'alimentation. Le malade a présenté quelques vomissements.

Examens radiologique : Le bulbe duodénal n'est que peu ou pas rempli sur les films. La troisième portion du duodénum paraît fortement dilatée.

Le diagnostic est : lésion duodénale ou périduodénite. Possibilité d'ulcus.

Intervention : Petites tumeurs du volume d'un pois, l'une gastrique, l'autre duodénale, situées de part et d'autre du pylore à trois travers de doigt de celui-ci. Excision de ces tumeurs. Pas de gastro-entérostomie.

Examen histologique : Tissu pancréatique typique avec présence d'îlots de Langerhans et de canaux excréteurs. En face du pancréas gastrique, infiltration lymphoïde diffuse de la muqueuse.

Suites opératoires : Après six semaines bulbe d'aspect radiographique normal. Notable amélioration clinique.

OBSERVATION XXIV

Cas de Roux-Berger (1923)

Homme de 48 ans présentant un syndrome d'ulcus pyloro-duodénal.

Intervention : Pylore et duodénum très rouges. Sur la face antérieure de la première portion du duodénum, petite tumeur du volume d'une cerise. Duodéno-pylorectomie.

Examen histologique : Pancréas accessoire.

Suites opératoires : Cinq mois après l'intervention opératoire le malade va bien et ses fonctions gastriques sont très bonnes.

OBSERVATION XXV

Cas de Hilarovicz (1927)

Homme de 28 ans présentant des douleurs gastriques depuis un an et demi, non améliorées par le traitement médical.

Examen radiologique : Spasme pylorique. Encoche duodénale.

Intervention : Sur l'estomac, à 4 centimètres du pylore, existe une tumeur du volume d'une fève. Pylorectomie.

Examen histologique : Pancréas accessoire situé dans la musculeuse. Pas d'îlots de Langerhans. Hypertrophie considérable de la musculeuse.

OBSERVATION XXVI

Cas de Cogniaux-Stulz (1928)

Homme de 32 ans présentant depuis un an des douleurs épigastriques survenant tantôt 1/2 heure, tantôt une heure après les repas pour durer deux à trois heures. Elles sont calmées par l'alimentation et se terminent souvent par un vomissement.

Examen radiologique : Point douloureux circonscrit dans la région dudénopylorique. Fort retard d'évacuation.

Intervention : Sur le duodénum, à un centimètre de la veine pylorique, tumeur du volume d'un haricot. Gastroentérostomie, après excision de la tumeur.

Examen histologique : Pancréas aberrant sous-séreux avec prolongement intramusculaires. Canaux excréteurs et îlots de Langerhans.

Suites opératoires : Le malade continue à souffrir et vomit très fréquemment. L'examen radioscopique montre que la gastroentérostomie ne fonctionne pas. Réinter-

vention deux mois plus tard environ. Gastroduodénostomie avec conservation de l'ancienne anastomose. Guérison.

OBSERVATION XXVII

Cas n° 2 du Professeur LAMBERT (Juillet 1931) (1)

Bien que cette observation ne trouve pas sa place dans la classification que nous venons de faire, nous nous permettons de la publier, parce qu'elle est toute récente et inédite.

Madame P.... Flore, âgée de 50 ans, présente des troubles dyspeptiques depuis 1913, constitués principalement par des sensations de pesanteur gastrique, survenant après les repas, mais non accompagnées de vomissements. Ces sensations pénibles s'accompagnent de céphalées fronto-pariétales extraordinairement violentes, surtout au moment des règles.

Ces signes douloureux s'améliorent vers le cinquième mois d'une grossesse survenue en 1921, mais réapparaissent et s'aggravent après l'accouchement, — au point que la malade, qui est devenue d'une maigreur squelettique, se voit contrainte, à partir de cette époque, de suivre un régime médical sévère.

Malgré cela, son état s'aggrave encore, et depuis quatre ans environ elle ne peut digérer l'alimentation habituelle : elle peut seulement supporter le régime lacté exclusif, auquel elle substitue la diète complète lorsque ses céphalées atteignent leur paroxysme.

Vers la fin du mois de mai 1921, la déchéance physique est profonde ; seule, ou à peu près, l'eau de Vichy tiède est tolérée.

---

(1) Les renseignements cliniques nous ont été obligeamment communiqués par le Docteur CHOCQUET, d'Armentières

Les douleurs sont toujours vives au creux épigastrique, et la malade ne se sent soulagée qu'en portant la main au creux épigastrique, en lui faisant remplir le rôle d'une sangle. Les céphalées persistent, toujours aussi violentes. La constipation est opiniâtre. La malade ne présente toujours pas de vomissements.

Son poids à ce moment atteint 41 kilogrammes.

Sa nervosité est extrême, et ses nuits très mauvaises.

Après examen radiologique (Docteur Tiprez), elle se laises convaincre facilement de la nécessité d'une intervention opératoire.

Examen radiologique : L'examen radiologique met en évidence un ptose gastrique extrêmement marquée, avec étirement de la partie moyenne de l'estomac et troubles spasmodiques très nets au niveau de la région prépylorique, tant en position debout qu'en décubitus dosal et latéral droit. Cette ptosè est mobile, et le passage de la position debout au décubitus dorsal fait remonter le bas fond de 8 centimètres.

La malade présente en outre des troubles physiologiqus duodénaux en rapport avec la ptose.

Il n'existe pas de stase gastrique, et 6 heures après absorption du repas opaque, l'estomac est complètement vide.

Chimisme gastrique : Très gros retard de l'évacuation gastrique avec hypoacidité (0,146 %) et hypochlorhydrie.

Intervention : L'intervention est décidée, et pratiquée le 22 juin 1931, par Monsieur le Professeur Lambret, au cours des journées médicales de Bruxelles.

Incision médiane d'exploration.

Estomac agrandi dans le sens vertical, non élargi, ne présentant pas d'ulcération des faces ni des bords.

Périduodéno-cholécystite légère. Pas de calculs dans la vésicule biliaire. Sur le versant duodénal du pylore, et contigue à la grande courbure duodénale, à environ 1 centimètre de la veine pylorique, on trouve une petite masse

d'environ un centimètre de diamètre, d'aspect gris-rosé, lobulée, donnant l'impression de tissu glandulaire. Cette petite masse est nettement séparée de la glande pancréatique dont elle est distante d'environ deux à trois centimètres. Elle est extirpée assez facilement à l'aide des ciseaux courbes, et se laisse séparer du duodénum. Après ablation on peut se rendre compte que cette masse était en contact avec les parois duodénales, mais n'y adhérait pas. Fermeture de la brèche péritonéale par surjet à la soie fine.

Suspension de l'estomac à l'aide d'une bandelette aponévrotique prélevée suivant la technique du Professeur Lambret, sur la face antérieure de la gaine du muscle grand droit gauche.

Examen histologique de la pièce opératoire (Docteur Vandendorp) : L'examen histologique montre que la tumeur est un pancréas accessoire.

On y retrouve l'aspect normal de la glande : les lobules sont bien distincts. Autour de la tumeur on trouve une capsule conjonctive peu dense.

Les acini pancréatiques offrent une forme normale : les cellules sont hautes : la lumière est étroite.

Les canaux excréteurs ne sont pas dilatés ; leur épithélium de revêtement offre le type habituel d'épithélium prismatique simple. En certains points, le tissu conjonctif péricanaliculaire est plus dense et envoie entre les acini des cloisons conjonctives. Mais cet aspect de sclérose ne se produit qu'en des zônes restreintes, la majeure partie de la glande étant indemne de ce processus.

La glande a sécrétion interne est également bien développée. Les îlots de Langerhans-Laguesse sont en nombre normal, de forme bien régulière ; leur volume est variable, mais nous n'avons pas rencontré d'îlots monstres. Il faut signaler la présence d'images de déconstruction acineuse.

Nous n'avons pas retrouvé l'hypertrophie de la mus-

culeuse signalée dans les cas précédents ; ici, au contraire, les trousseaux musculaires sont peu nombreux et de largeur minime. De même les ganglions nerveux sont en nombre très restreint.

En résumé : Pancréas accessoire complet. Pas d'hypertrophie de la musculeuse, ni de plexus nerveux.

III. — PANCRÉAS ABERRANT SIMULANT UNE AFFECTION DES VOIES BILIAIRES

Ce mode de symptomatologie des pancréas accessoires est beaucoup plus rare que les précédents. Il peut être dû à un pancréas aberrant siégeant soit au niveau de l'estomac, soit au niveau du duodénum, soit enfin au niveau des voies biliaires elles-mêmes.

Dans le cas de pancréas surnuméraire gastrique, il s'agit habituellement de malades présentant depuis plusieurs mois des douleurs prandiales s'accompagnant ou non de vomissements. La sensation de pesanteur gastrique est très fréquente et très marquée.

L'examen du malade montre que l'hypochondre droit est sensible à la palpation ; on peut y trouver la présence d'une petite tumeur douloureuse ressemblant à la vésicule biliaire. Le point vésiculaire peut être douloureux.

L'éventualité d'un pancréas duodénal aberrant simulant une affection des voies biliaires est beaucoup plus rare que la précédente. La symptomatologie est celle d'une affection des voies biliaires :

douleur vive sous les fausses côtes à droite. Ces douleurs surviennent à intervalles plus ou moins rapprochés, et sont souvent accompagnées de vomissements et de fièvre. Les téguments sont ictériques.

Il est évident que cette symptomatologie oriente toujours le clinicien vers le diagnostic d'une infection biliaire. Ce diagnostic a été infirmé dans tous les cas où les symptômes inflammatoires ont été assez alarmants pour nécessiter l'intervention.

Les cas de pancréas accessoires siégeant dans la paroi des canaux biliaires sont très rares chez l'homme, et en tout cas ils manifestent exceptionnellement leur présence pendant le cours de la vie. Les deux cas signalés ont été des trouvailles opératoires. Aussi est-il impossible de fixer, même approximativement, la symptomatologie des accidents provoqués par cette variété de pancréas aberrant. Nous ne ferons que citer deux observations.

OBSERVATION XXIII

Cas de Gibson (1912)

Femme de 25 ans souffrant de la région épigastrique depuis 2 ans avec vomissements et une hématémèse. L'hypochondre droit est sensible. On croit à des coliques hépatiques.

Intervention : Sur la paroi antérieure de l'estomac, à 2,5 centimètres du pylore, petite tumeur circonscrite d'un centimètre de diamètre environ. Excision. Guérison pendant quelques mois, puis retour des troubles gastriques.

Examen histologique : Pancréas accessoire.

OBSERVATION XXIX

Cas de Griep (1926)

Femme de 49 ans présentant depuis 9 mois des douleurs prandiales avec pesanteur épigastrique. Point vésiculaire net et vésicule palpable. On pense à une lithiase vésiculaire.

Intervention : Vésicule normale. Petite tumeur située dans la paroi antérieure de l'anneau pylorique. Pylorectomie.

Examen histologique : Pancréas aberrant.

OBSERVATION XXX

Cas de Alessandri (1928)

Jeune fille ayant présenté plusieurs crises abdominales avec fièvre, vomissement et ictère. A la palpation de l'abdomen, résistance épigastrique avec douleur. Après avoir pensé à la possibilité d'une appendicite, on pose le diagnostic de cholécystite.

Intervention : Sur la face antéro-interne de la deuxième portion du duodénum, siège une tumeur rosée, granuleuse, résistante. Excision de la tumeur avec la paroi duodénale sous-jacente.

Suites opératoires : Guérison se maintenant un an après l'intervention.

Examen histologique : Pancréas accessoire avec îlots de Langerhans.

OBSERVATION XXXI

Cas de von Hedry (1924)

Nous marquons de renseignements cliniques sur ce cas. Il s'agissait d'une femme de 40 ans. Le pancréas acces-

soire siégeait dans la paroi de la vésicule biliaire. La glande aberrante était semi-circulaire, mesurait 10 mm. de longueur et 7 mm. d'épaisseur. Elle était formée d'acini bien développés, et renfermait deux îlots de Langerhans. Tout un système de canaux excréteurs parcourait la glande.

OBSERVATION XXXII

Cas de Cogniaux (1928)

Femme de 39 ans chez qui on pratique une cholécystectomie pour cholécystique chronique.

Examen histologique : Vésicule en inflammation chronique, avec hypertrophie des glandes de Luschka, et infiltration discrète de la muqueuse. Petit pancréas aberrant sous-muqueux, formé de 3 à 4 lobules, sans canaux excréteurs ni îlots de Langerhans visibles. Acini glandulaires normaux.

IV. — PANCRÉAS ACCESSOIRES SITUÉS DANS LA PAROI DE L'INTESTIN

Leur importance est beaucoup moins grande que celle des pancréas accessoires gastriques ou duodénaux. Ils sont le plus souvent silencieux et ne sont trouvés habituellement qu'au cours d'une laparotomie faite pour une autre affection — ou même leur présence n'est mise en évidence qu'à l'autopsie.

Néanmoins certains accidents graves, provoqués par le pancréas accessoire, peuvent se produire.

Les signes physiques des pancréas accessoires, situés dans la paroi de l'intestin grêle, sont uniquement des signes d'emprunt. Ils varient selon le

mode d'apparition des accidents dus au pancréas aberrant. Ces accidents étant généralement ceux d'une occlusion intestinale aiguë du grêle, nous n'insisterons pas outre mesure sur l'importance et le caractère de ces symptômes. Leur cause, le pancréas accessoire, ne leur donne pas un caractère ni une évolution particuliers.

Ce sont les signes physiques de toute invagination intestinale ou de toute occlusion intestinale.

Cependant, nous croyons qu'au point de vue clinique, ils peuvent être considérés différemment suivant qu'ils se produisent chez l'enfant ou chez l'adulte.

1° Chez l'Enfant.

Chez l'enfant, la symptomatologie des pancréas aberrants intestinaux revêt un aspect particulier par suite de la facilité avec laquelle l'intestin s'invagine. Le pancréas accessoire siège généralement à l'extrémité d'un diverticule créé aux dépens de la paroi ; c'est ce diverticule qui s'invagine.

Les signes cliniques sont ceux de l'invagination intestinale aiguë et ne présentent pas de caractère spécial par suite de la présence du pancréas aberrant. La cause de l'invagination n'est révélée qu'après laparotomie, qui met en évidence la tumeur qui l'a provoquée.

OBSERVATION XXXIII

Cas de Brunner (1899)

Enfant de quatre ans et demi opéré pour occlusion intestinale. Il s'agit d'une invagination de l'intestin grêle

à travers la valvule de Bauhin. Au sommet du boudin d'invagination il existe un petit nodule glandulaire, muni d'un pédicule. Il s'agit d'une diverticule intestinal situé à 37 centimètres de la valvule iléocaecale, et ayant subi un retournement complet. Le petit nodule glandulaire est un pancréas accessoire.

OBSERVATION XXXIV

Cas de Kirmisson et Bize (1904)

Enfant de trois ans opéré pour invagination intestinale par diverticule invaginé secondairement. Le diverticule renferme dans sa tunique musculaire du tissu pancréatique.

OBSERVATION XXXV

Cas de Grisel t Bise (1904)

Enfant de six ans dont les cas est absolument superposable au précédent.

OBSERVATION XXXVI

Enfant de quatre ans. Invagination intestinale débutant par un divercule de Meckel, à l'extrémité duquel se trouve une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Désinvagination facile. Diverticulectomie. Fermeture.

Examen histologique : Gros pancréas aberrant, formé de nombreux acini en fonctionnement ; îlots de Langerhans nombreux ; canaux excréteurs normaux. Le diverticule tout entier est en infection aiguë : infiltration de toute la muqueuse et de toutes les tuniques.

2° Chez l'Adulte.

Chéz l'adulte, les pancréas aberrants intestinaux sont habituellement silencieux. Néanmoins, les accidents observés n'ont pas revêtu une symptomatologie typique permettant d'en donner une description spéciale. Le pancréas accessoire intestinal est le plus souvent une trouvaille opératoire ; aussi nous nous contenterons de donner succinctement quelques observations, en essayant simplement de les classer selon le mode de développement des accidents.

a) *Pancréas accessoire intestinal se manifestant par des accidents d'occlusion intestinale.*

OBSERVATION XXXVII

Cas de Benjamin (1918)

Homme de 39 ans présentant à l'opération une invagination la portion supérieure du jéjunum, produite par une petite tumeur en chou-fleur. Le pédicule de la tumeur est implanté sur la muqueuse intestinale a peu de distance de l'angle duodéno-jéjunal.

Examen histologique : Adénome développe aux dépens d'un pancréas aberrant.

OBERVATION XXXVIII

Cas de Cawardine et Short (1913)

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans présentant des signes d'occlusion intestinale haute (vomissements, pas de douleurs intenses, selles légèrement sanglantes).

Abdomen normal. Légère sensibilité épigastrique.

Intervention : Estomac dilaté ; pancréas normal. Les quinze premiers centimètres de l'intestin sont rouge vif et la paroi est épaissie de plus de un centimètre et demi. A quatre centimètres de l'angle duodéno-jéjunal un lobule blanchâtre fait saillie sous la séreuse. Excision.

Examen histologique : Le nodule excisé est un pancréas accessoire en nécrose aiguë. Canaux nettement visibles. La plupart des noyaux sont troubles, ou ont disparu. Pour les auteurs, la pancréatite aiguë aurait déterminé une inflammation aiguë de la musculeuse de l'intestin au point de produire l'obstruction.

B) *Pancréas accessoire intestinal se manifestant par des accidents divers ou coexistant avec une autre affection.*

OBSERVATION XXXIX

Cas de Mayo Robson (1905)

C'est accidentellement que cet auteur constate une inflammation chronique d'un pancréas accessoire chez une femme qui souffrait d'ictère chronique par rétention et qui présentait un cirrhose chronique de la tête du pancréas.

OBSERVATION XXXX

Cas de Albrecht et Arzt (1910)

Chez un jeune homme de quinze ans opéré pour occlusion intestinale aiguë, on trouve une bride, vestige du canal omphalo-mésentérique, qui étrangle deux anses intestinales et se dirige d'un point de l'abdomen qui n'a pu être précisé vers un diverticule de l'intestin grêle. Le

diverticule excisé contient à l'examen histologique du tissu pancréatique typique.

OBSERVATION XXXXI

Cas de Thomson (1912)

Chez un homme de 33 ans opéré pour péritonite aiguë on trouve à 18 centimètre de la valvule iléocaecale, un diverticule en doigt de gant qu'on excise.

Examen histologique : A l'extrémité distale du diverticule, petite formation bien définie de tissu pancréatique avec lobules et canaux.

OBSERVATION XXXXII

Cas de Sussi (1930)

Chez un homme de 43 ans, porteur d'un ulcère calleux de la petite courbure, l'auteur trouve un pancréas accessoire sur la première anse jéjunale. La formation anormale reconnue à l'examen macroscopique est excisée.

Examen histologique : Pancréas accessoire composé d'acini avec nombreux canaux excréteurs. Eléments centro-acineux caractéristiques. Pas d'îlots de Langerhans. Au centre du pancréas aberrant il existe une cavité kystique que d'auteur interprète comme une malformation congénitale ou une néoformation du groupe des kystomes papillaires.

V. — PANCRÉAS ACCESSOIRE SITUÉ DANS L'UN DES ÉPIPLOONS, DANS LA CICATRICE OMBILICALE, etc....

Ces cas sont exceptionnels. Ils constituent d'ailleurs des trouvailles d'autopsie ou même sont le résultat de recherches anatomiques systématiques.

Leur symptomatologie est donc inexistante.

Comme c'est ce point de vue qui nous intéresse principalement dans ce travail, nous les passerons sous silence.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Traitement

La question du diagnostic des pancréas accessoires présente un intérêt considérable, car la conduite thérapeutique en dépend en grande partie.

Est-il possible, avant la laparotomie, de soupçonner la présence d'un pancréas aberrant. Il semble bien téméraire de l'affirmer.

Deux grandes distinctions peuvent être faites, comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents. La difficulté du diagnostic présente de grandes variations selon que le pancréas accessoire manifeste son existence par des accidents aigus et soudains, ou au contraire par des accidents lents et progressifs.

Ici encore nous retrouvons l'opposition qui existe entre les pancréas accessoires gastriques et duodénaux, et les pancréas aberrants de l'intestin grêle.

Dans le cas de pancréas accessoire gastrique ou duodénal, le polymorphisme de la symptomatologie n'a encore jamais permis de poser un diagnostic certain de pancréas surnuméraire avant l'intervention opératoire. C'est presque toujours croyant trouver un ulcère ou un cancer de la région pyloro-duodénale que le chirurgien opère le malade.

En effet, la coexistence chez un individu d'un syndrome douloureux de type ulcéreux et de symptômes radiologiques nets du même type, accompagnés ou non de signes de sténose pylorique, fait toujours penser à un ulcère gastrique ou à un ulcère duodénal.

De même, la constatation d'un amaigrissement considérable et d'une anémie intense, associés à des signes cliniques et radiologiques de sténose du pylore, exige toujours le diagnostic de cancer gastrique. Ce diagnostic est posé avec d'autant plus de certitude que l'on constate souvent, par la palpation de la région pyloro-duodénale, l'existence d'une tumeur dont le volume peut atteindre celui d'une noix.

Ce sont là les cas les plus fréquents. Beaucoup plus rarement, on songera à une cholécystite. C'est ainsi que, dans le cas d'Alessandri, ce diagnostic s'imposait, les douleurs ressenties par le malade étaient localisées très à droite, et avaient fait penser à la possibilité d'une affection des voies biliaires. Mais il s'agissait, fait exceptonnel, d'un pancréas accessoire situé dans la deuxième portion du duodénum.

Enfin, les deux faits connus concernant des nourrissons nous montrent qu'à côté de la sténose hypertrophique du pylore et de la périduodénite sténosante congénitale (Duval), le pancréas aberrant est une affection à laquelle il faudra désormais songer de temps en temps en cas de vomissements incoercibles.

Quant au diagnostic des pancréas accessoires jéjunaux et iléaux, nous avons vu, d'après ce qui précède, qu'il se réduit au point de vue clinique à celui de l'occlusion intestinale ou de l'invagination intestinale. C'est dire que l'on songe d'abord à attribuer à une toute autre cause qu'un pancréas accessoire celle des accidents aigus observés.

Le diagnostic clinique des pancréas jéjunaux et iléaux est pour ainsi dire impossible. Il n'offre d'ailleurs pas d'intérêt particulier, car l'opération est toujours nécessitée par la gravité des accidents présentés par le malade.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des pancréas aberrants vésiculaires ou autres, qui n'offrent aucun intérêt clinique, et dont le diagnostic n'est habituellement fait qu'avec l'aide du microscope. Ils constituent d'ailleurs, au sens propre du mot, de véritables trouvailles.

En résumé, d'après tout ce que nous venons de voir, il semble bien que le diagnostic clinique des pancréas aberrants soit encore impossible à l'heure actuelle. Cela est dû, croyons-nous, à l'insuffisance du nombre d'observations, et surtout au manque

de détails cliniques que l'on trouve dans celles publiées jusqu'à maintenant.

Ce qui importe d'ailleurs, ce n'est pas tant le diagnostic clinique que le diagnostic opératoire. Ce qu'il faut, c'est ne pas méconnaître un pancréas aberrant, et surtout ne pas le confondre avec un cancer.

On doit immédiatement y penser lorsqu'on trouve, en un point quelconque du tractus digestif supérieur, une petite tumeur de couleur gris-rosée, sous-séreuse ou sous-muqueuse, à contours parfaitement limités. La taille de cette tumeur peut varier de celle d'une lentille à celle d'un noix. Elle ne s'accompagne pas habituellement de lésions de voisinage, ni de lésion de la muqueuse digestive. La constatation de l'orifice du canal excréteur de la glande pose le diagnostic avec certitude. Il faut d'ailleurs dire que la confusion d'un pancréas accessoire avec une tumeur bénigne n'a qu'une importance tout à fait secondaire. Ce qui importe surtout, c'est de ne pas confondre le pancréas aberrant avec une tumeur maligne, car ce diagnostic opératoire amènerait le chirurgien à pratiquer une intervention beaucoup trop large, inutile et dangereuse pour le patient.

Le problème étant ainsi posé, quels ont été les moyens thérapeutiques utilisés par les différents auteurs et quel mode de traitement convient-il d'employer à la lumière des dernières observations ?

A) *Pancréas gastriques et duodénaux.*

1° Un certain nombre de chirurgiens ont pratiqué des gastrectomies ou des gastropylorectomies plus ou moins larges dans le traitement des pancréas aberrants gastriques ou duodénaux.

Cette thérapeutique, évidemment disproportionnée avec le caractère bénin de la tumeur, résulte d'une erreur de diagnostic : le pancréas accessoire a été confondu avec une tumeur maligne.

Il faut avouer cependant que, dans presque tous les cas, ces interventions larges ont donné d'excellents résultats et ont été suivies de guérison.

2° Dans quatre cas de sténose fonctionnelle du pylore par le pancréas aberrant, identifié d'ailleurs à l'intervention, une simple gastro-entérostomie a été faite. Les accidents ont persisté, malgré l'anastomose, et l'on a dû réintervenir pour enlever le pancréas accessoire. Les troubles ont toujours cédé à la suite de cette réintervention.

3° Mais les résultats ont été nettement meilleurs lorsqu'à la gastro-entérostomie on a associé l'exérèse de la tumeur. La guérison a toujours été obtenue d'emblée dans ces cas.

4° Par contre, la guérison a toujours été aussi parfaite dans les cas où une excision simple du pancréas accessoire, sans gastro-entérostomie, a été pratiquée.

Quel est donc le traitement de choix du pancréas accessoire gastrique ou duodénal ?

D'après ce que nous venons de voir, il ne faut

jamais pratiquer de gastro-entérostomie simple. Ce mode de traitement est très mauvais. Les accidents causés par le pancréas aberrant persistent toujours et sont même aggravés par les inconvénients d'un anastomose gastro-jéjunale. *Une réintervention est toujours nécessaire.*

La gastrectomie est inutile, car le caractère bénin du pancréas aberrant laisse la possibilité d'une opération économique et permet d'obtenir à moins de frais une guérison définitive.

L'*exérèse* simple du pancréas accessoire est donc suffisante et a donné d'excellents résultats, dans tous les cas où elle a été employée. Il est d'ailleurs inutile d'y ajouter une gastro-entérostomie de sécurité, car dans la plupart des cas, l'excision de la tumeur n'amène pas de rétrécissement notable du canal pylorique ou du duodénum.

C'est le mode de traitement qu'a employé notre Maître, Monsieur le Professeur Lambret, et qui a permis d'obtenir, dans son observation n° 1, une guérison complète qui persistait après trois ans et demi.

b) *Pancréas accessoires jéjunaux iléaux.*

Le traitement des pancréas accessoires jéjunaux et iléaux ne peut être envisagé de la même façon. L'intervention a toujours été pratiquée pour des accidents aigus d'invagination ou d'occlusion intestinale. La thérapeutique employée a donc été celle de ces accidents aigus, c'est-à-dire la suppression de leur cause, le pancréas aberrant.

Les résultats obtenus ont été excellents dans la grande majorité des cas.

c) *Pancréas accessoires vésiculaires et autres.*

Il est impossible de fixer avec précision le mode de traitement de ces pancréas accessoires, car ce sont presque toujours des trouvailles d'examen histologique. Nous n'insisterons donc pas sur ces cas.

Enfin, pour terminer ces considérations thérapeutiques, quelle conduite faut-il adopter lorsque, au cours d'une intervention, l'on trouve un pancréas accessoire, qui n'est la cause d'aucun trouble ?

De Martel s'est abstenu d'enlever le pancréas accessoire dans deux cas, sans ennui ultérieur. Cependant l'excision simple de la tumeur, opération bénigne, paraît indiquée, car, comme nous l'avons vu, sa seule présence pourrait, dans l'avenir, provoquer l'apparition de troubles graves dans le fonctionnement du tractus digestif et favoriser la production, soit d'un ulcère ou d'un cancer de la muqueuse sus-jacente, soit d'une invagination ou d'une occlusion intestinale.

Conclusions

1° Le pancréas accessoire est une anomalie relativement fréquente ; on en trouve dans environ 2 % des autopsies.

2° Par contre, il est assez exceptionnel que le pancréas accessoire détermine des manifestations pathologiques au cours de la vie du sujet qui en est porteur.

3° Les manifestations pathologiques causées par le pancréas accessoire n'ont pas de caractères propres ; ce sont des signes cliniques empruntés, en général, soit à l'ulcère ou au cancer, pour les pancréas aberrants gastriques et duodénaux, soit à l'invagination ou à l'occlusion intestinale aiguës pour les pancréas jéjunaux et iléaux.

4° Le diagnostic clinique d'un pancréas aberrant est impossible.

5° Au contraire, le diagnostic opératoire est facile. Il suffit d'y penser.

6° Le traitement de choix du pancréas accessoire est l'exérèse simple, sans gastro-entérostomie.

Vu : Bon a Imprimer,

Le Président du jury de thèse,

O. LAMBRET.

Vu : *Le Doyen,*

Ch. DUBOIS.

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Recteur de l'Académie :

A. CHATELET.

Bibliographie

Alessandri R. — Un cas de pancréas accessoire. *Ann. ital. di chirurg.*, 7. — 12 janvier 1928.

Alessandri R. — Un cas de pancréas accessoire. — *Arch. et Atti d. r. Acad. med. di Roma* 55. 34-36. — Janvier, Février 1929.

Alburger H. R. — Aberrant pancréas in wall of jejunum. — *Proc. Path. Soc. Phil.*, 1904. N. s., VII, 227-229.

* Albrecht L. — Ein Fall von Pankreas bildung in einen Meckelschen Divertikel. — *Letssungsker d. Ges. für Morph und Bd. XVII* p. 52, 1901.

Agnoletto V. — Due casi di pancreas accessorio. — *Atti d. Soc. Lomb. di sc. med. e biol. Milano*, 1913-14, III, 320-336.

Barge A. — Eine sestene variation des menschlischen Pankreas. — *Anat. Anz. Iéna*, 1922-23.

Bean R. S. et Dreyer N. B. — Duplication of pancreatic bladder and accessory pancreas in cat. — *Anat. Rec.* 36-155-166. — Août 1927.

Beckwith, Cora S. — Note on a peculiar pancreatic bladder in the cat. — *Ann. S ; Anat. Phila.* 1911-12. XII, 297-388.

* Benjamin A. E. — Accessory pancreas with intusssuception. *Ann. Surg. Phila.* 1918, LXII, 293-298.

Beutler A. — Ueber blastomatoses Wuchern von Pankreaskeinem in der Magenwand. — *Virchow's Arch. f. path. Anat. Berlin.* 1921, ec. XXXII, 341-349.

* Ouvrages consultés.

* Bize. — Etude anatomo-clinique des pancréas accessoires situés à l'extrémité d'un diverticule intestinal. — *Revue d'orthop. Par.* 1904, 2-3, V, 149-159.

Boldyreff E. B.— Accessory pancreas in dog. — *Papers Michigan Acad. Sc. Arts and path.* 12-335-338, 1929.

Boldyreff E B. — Accessory pancreas on ileum of dog. — *Anat. Rec.* 43-47-51, *Juin* 1929.

Boyden E. A. — Origin of pancreatic bladders. — *S. Anat.*, 63, 363-366, Avril, 1929.

Boyden E. A. — The problem of the pancreatic bladder ; a critical survey of six new cases based on new histological and embryological observations. — *Ann. Soc. Anat. Phila.* 1925-26, XXXVI, 151-176.

Bremer J. L. — Pancreatic ducts and pancreatic bladders. — *Ann. S. Anat. Phila.* 1922-1923, XXXI, 289-318.

Cave H. W. — Aberrant pancreatic tissue simulating duodenal ulcer. — *Ann. S. Surg.*, 5, 407-409, Octobre 28.

Cafritz E. A. — Accessory pancreatic tissue case. — *South. M. S.*, 22, 8333-835, Septembre 29.

* Cauchoix A. — A propos du mémoire de MM. Gosset, G. Loevy et Ivan Bertrand sur les pancréas aberrants. — *Bull. et Mémoires, Soc. de Chirurgie de Paris*, 1923, XLXX 887-890.

* Cawardine T. et Short A. R. — The surgical signifiance of the accessory pancreas. — *Ann. Surg. Phila.* 1923, LVII, 653-657.

Choisser R. M. — Aberrant pancréas of the pylorus with the report of a case resembling a neoplasm. — *U. States Nav. M. Bull. Wash.* 1925, XXII, 322-327.

* Cogniaux. — Pancreas aberrant. — *Archives franco-belges de Chirurgie*, 31, 307-317, Avril 28.

* Cohen. — Surgery, gynecology, obstetrics. — Mars 1922, p. 386-87.

Cox. — Aberrant pancreas in stomach wall. — *S. M. Soc. New-Jersey*, 26, 467-470, Juin 1929.

* Deaver et Reimann. — *Surgery, gynecology, obstetrics.* 1921, Tome XXXII, p. 110.

* Debeyre A. — Les bourgeons pancréatiques accessoires tardifs. .. *Thèse médecine, Lille*, 1904.

* Delhougne. — Vestiges de pancreas dans l'estomac. — *Arch. für Klinische Chir. (Berlin)*, T. CXXXX, fasc 1-2, Avril 1921.

Del Valle et Brachetto Brian. — Ulcère juxtapylorique, polyadénome à type brunnérien, hyperplasie généralisée — de la muqueuse et pancreas aberrant de l'estomac. — *La Semana medice (Buenos-Ayres). An.* XXXIV, n° 40, 6 Octobre 27.

Dusche L. — Ein Beitrag zur den Pankreasmissbildung Fehlen des Pankreaskopfes and schanzes. — *Münschen med. Wchnchr.*, 1923, LXXX, 1388.

Farr C. E. — Aberrant pancreas. — *S. Clin. Vorth Amer.*, 10, 483-488, Juin 1930.

Feyrter F. — Accessory pancreas and adenomyona of intestine. — *Wien. Med. Wchnschr.*, 79, 436-440, Mars 1929.

Finkelstone B. B. — Accessory or aberrant pancreas with report of a case. — *S. Ann. M. Ass. Chicago*, 1911, LVII, 1124.

Fumagalli. — Pancreas aberrante. — *La Clinica Chirurgica, Milan*, n° 1, An. VII, fasc 1, Janvier 1931.

Gaetani (de) G. F. — Particularités histologiques d'un pancreas accessoire sur le cacdavre d'un nouveau-né. — *Monitore zool. Ital.*, 38, 250-258, Novembre 1927.

* Gandy et Griffon. — Pancreas surnuméraire. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. An.* 76, p. 451, 1901.

* Gosset, Loewy G. et Bertrand. — Pancréas accessoire. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1923, LIX, 860-876.

Gibson C. L. — Accessory pancreas in the gastrointestinal tract. — *Med. Rec. N. Y.* 1912. LXXXII, 426-430.

* Griep K. — Zur Klinischen Bedentung des akzessorischen

Pankreas in der Magenwand. — *Zentralbl. f. Chir. Leipz.* 1926, LIII, 2147-2150.

* Griep K. — Zur Kasuistik une Klinik der accessorichen Pankreas in der Magenwand. — *Med. Klin. Berl.* 1920, XVI, 877.

* Gutmann et Thalheimer. — Tumeurs gastriques par pancréas accessoire. — *Société de Gastro-entérologie de Paris*, 12 novembre 1928.

* Haas. — Pancréas aberrant de la région pylorique. — *Medizinische Klinik* (Breslau), XXIV, n° 14, 5 avril 1928, p. 521.

* Hale K. — A study of the accessory pancreas with report on of one causing congenital pyloric stenosis. — *Amer. Surg. Phila.* 1926. LXXXIII, 774-781.

* Higgins G. M. — An aberrant pancreas in the wall of the gall bladder of the dog. — *Anat. Rec. Phila.* 1926. XXXIII, 149-161.

* Hecker P. et Bicart P. — Sur deux cas de pancréas surnuméraire. — *Bull. et Mémoires, Soc. anat. de Paris*, 1924, XCLV, 402-409.

* Hilarovicz H. — Accessory pancreas and Brunner's glands in stomach wall (so called Brunner's adenoma); case. — *Zentralb. f. Chir.*, 54, 1610-1614, Juin 1927.

Holzweistig. — Ein Pankreasdivertikel im Dünndaren. — *Beitr. Z. Path. Anat. vzallg. Path. Iena*, 1922-23, LXXI, 702-704.

Horgan E. S. — Accessory pancratic tissue. Report of two cases. — *Arch. Surg. Chicago*, 1921, II, 521-534.

* Laguesse E. — Le pancréas endocrine chez l'embryon et dans la série des vertébrés. — *Leçon faite à l'Université de Gand.* Février 1925.

* Laguesse E. — Bourgeons pancréatiques accessoires et origine du canal pancréatique chez les poissons. — *C. r. Soc. de Biol. S.* du 15 avril 1893.

* Laguesse E. Sur l'existence de nouveaux bourgeons pan-

créatiques accessoires tardifs. — *C. R. de la Soc. de Biol., S.* du 27 juillet 1895.

* Laguesse E. — Les bourgeons pancréatiques ventraux chez les vertébrés en général et la théorie de l'hépato-pancréas. — *Bibliographie anatomique*, 1894.

Larsell O. — Pancreatic bladders. — *Anat. Rec. Phila.* 1911-1912. XVIII, 345-350.

* Letulle et Vinay. — Pancréas aberrant à la face antérieure de l'estomac. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1921, XCI, 33-35.

* Leriche. — *Société de Chirurgie de Lyon ;* 20 décembre *Lyon Chirurgical*, Tome XXVI, n° 2, Mars-Avril 1929, p. 242.

* Lesne et Coffin. — Vomissement incoercible chez un nourrisson de 3 mois. Pancréas aberrant logé dans la sous-muqueuse de l'estomac au voisinage du pylore. — *Bull. Soc. Pédiatrie de Paris*, 1925, n° 10, p. 636.

* Mann F. C. — An accessory pancreas in the wall of the gall bladder of a dog. — *Anat. Rec.*, v. 23, n° 7, Juillet 1922.

* Mayo Robson. — *Lancet.* 1905, T. II, p. 1823.

Miggin G. H. — Pancreatic bladder in the domestic cat. — *Proc. Stam. Meet. Mayo Clin. Mai* 1929.

Miller W. S. A pancreatic bladder in the domestic cat. — *Anat. Anz. Iena*, 1905, XXVII, 119.

Moore R. A. — Accessory pancreas ; report of case with discussion of their pathology and origin. — *Amer. S. Path.*, 5, 107, 414, Juillet 1929.

Muller G. P. — Accessory pancreas in posterior wall of stomach. — *Proc. Path. Soc. Phila.*, 1904, N. s., VII, 226.

* Munch H. — Pankreaskeime im Pylorus. — *Mitt. ad. Grensg. d. Med. v. Chir. Iena*, 1924-25, XXXVIII, 538-542

* Ramez E. — Contribution à l'étude histogénique du pan- chez le fœtus humain. — *Thèse, Lille*, 1926.

* Razemon et Vandendorp. — A propos d'un des cas de pancréas accessoire. — *Arch. Mal. de l'App. Digest.* Juin 1931.

* Reitmann K. — Zwei Falle von accessorischen Pankreas. — *Anat. Anz. Iena*, 1903, XXIII, 135-137.

* Reynier et Masson. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 27 juillet 1909, p. 100.

* Ritter. — *Beitrage für Klinische Chirurgie*, 1921, tome CXXXIC, fasc I.

Rolland. — Pancréas accessoire. — *Gazzeta degli ospedail e delle Clinische* (Milan). An. L, n° 29, 21 juin 1929.

* Roux-Berger. — Pancréas accessoire. — *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir.*, 1923, p. 890.

Ruediger G. F. — Accessory pancreas. — *S. amer. M. Ass.* Chicago 1923, L, 1039-1062.

Oudard, Jean et Seguy. — Pancréas accessoire ; pylorectomie ; métastase cérébrale et mort. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir .de Paris*, 1923, XLIX, 1078-1085.

Simpson W. M. — Aberrant tissue. Analyses of 150 human cases with report of new case. — *Worthin. Ann.* vol, p. 435-459, 1927.

Steiger W. — Nebenpankreas in einem Darmdivertikel als Ursache einer secundueren Invagination. — *Wiener Klin. woch.*, XXXVIII, 1925, n° 33, 13 août, p. 909.

* Sussi L. — Contributo allo studio del pancreas accessorio. *Poliniclinico Sez. Chir.*, 37, 448-456, 1930.

Turner G. G. — An example of accessory pancreas. — *Lancet. London*, 1904, II, 1566.

Travinski. — Un cas d'occlusion intestinale par un diverticule congénital du grêle avec pancréas accessoire. — *Polski Przeglad Chirurgiczny* (Varsovie) T. VI. fasc. 2. 1927.

* Tuffier. — A propos des pancréas accessoires. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 1227.

* Vandendorp F. — Pancréas accessoire dans la paroi de l'estomac. — *C. R. de la Soc. de Biologie*, 99, 795-796, Septembre 1928.

* Vandendorp F. — Un cas de pancréas accessoire. — *C. R. de la Soc. de Biologie*, 100, 648. Mars 1929.

Vigi et Gamborini. — Diverticolo dello stomaco da pancreas aberrante. — *Riforma med. Naples.* 1924, XL, 1-4.

* von Hedry. — Nebenpankreas in der Gallenblasenwand. — *Beitr. z. Klin. Chir.* 1924, CXXXIII, 570-572.

* von Hedry. — Beitrag zur Klinik der accessorichen Pankreas. — *Beitr. z. Klin. Chir.* 1923, CXXX, 349-352.

Warthin A. S. — Two cases of accessory pancreas (omentum and stomach). — *Physician and Surg. Detroit and Ann. Arbor,* 1904, XXVI, 337-350.

Weeks et Steinke. — Congenital atresia of bile ducts. Biliary cirrhosis and accessory pancreas. — *Arch. Pediatrie,* 44, 391-394, Juin 1927.

* Weidmann F. D. — Aberrant pancreas in the splenic capsule. — *Proc. Path. Soc. Phila.* 1910, n. s., XIII, 267.

* Weidmann F. D. — Aberrant pancreas in the splenic capsule. — *Anat. Rec. Phila.* 1913, VII, 133-139.

* Weidmann F. D. — Accessory pancreas in wall of jejunum. *Proc. Path. Soc. Phila.*, 1917, XXXVII, 2.

Wohlwell F — Presence of accessory pancreas rest in wall of stomach in patient with ulcer of pylorus. — *Klin. Welnchr.* 8, 2127-2138., Novembre 1929.

Table des Matières

Introduction 11

Chapitre I.

Définition. — Historique 13

Chapitre II.

L'origine et la structure des pancréas accessoires.... 21

Chapitre III.

Etude clinique 35

Chapitre IV.

Diagnostic et Traitement 77

Conclusions 85

Bibliographie 87

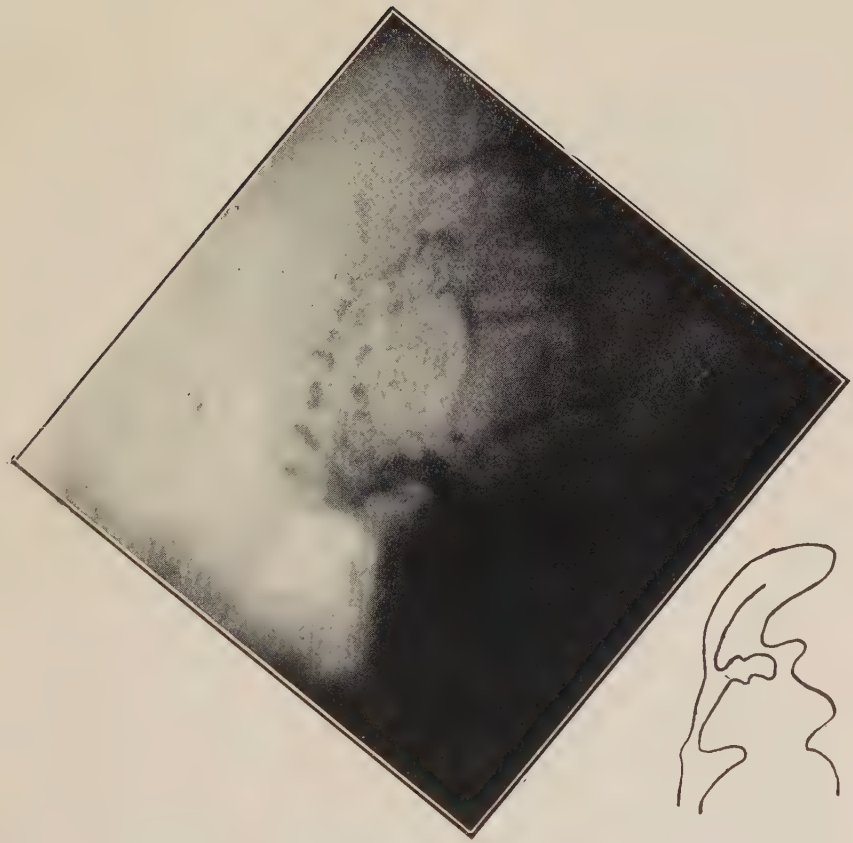

Fig. 1. — *Pancréas aberrant bulbaire.* Le bulbe duodénal est allongé, se remplit mal et présente une encoche constante.

Fig. 2. — Aprés ablation de la tumeur, l'encoche a disparu et le bulbe se remplit, mais il reste allongé.

Fig. 3. — *Pancréas aberrant duodénal.* Portion intermusculaire. Présence d'acini et de canaux pancréatiques à épithélium typique. Absence d'îlots.

Fig. 4. — *Pancréas aberrant duodénal.* Portion sous-séreuse. Absence d'acini, présence de canaux pancréatiques et d'îlots de Langerhans.

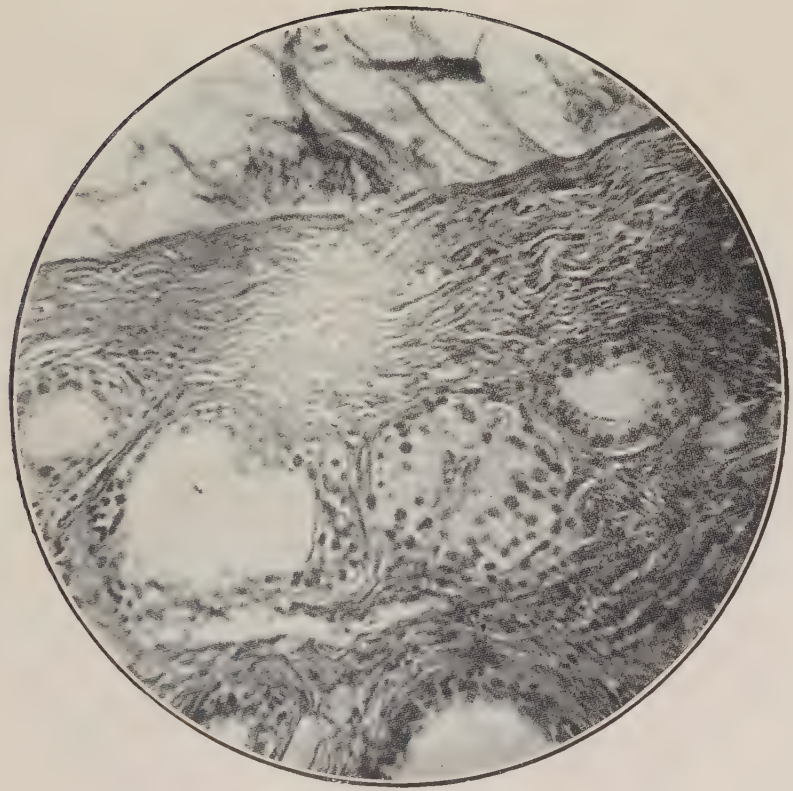

Fig. 5. — *Pancréas duodénal.* Le pancréas sous-séreux au fort grossissement : au centre de la préparation, un îlot de Langerhans traversé par un capillaire.

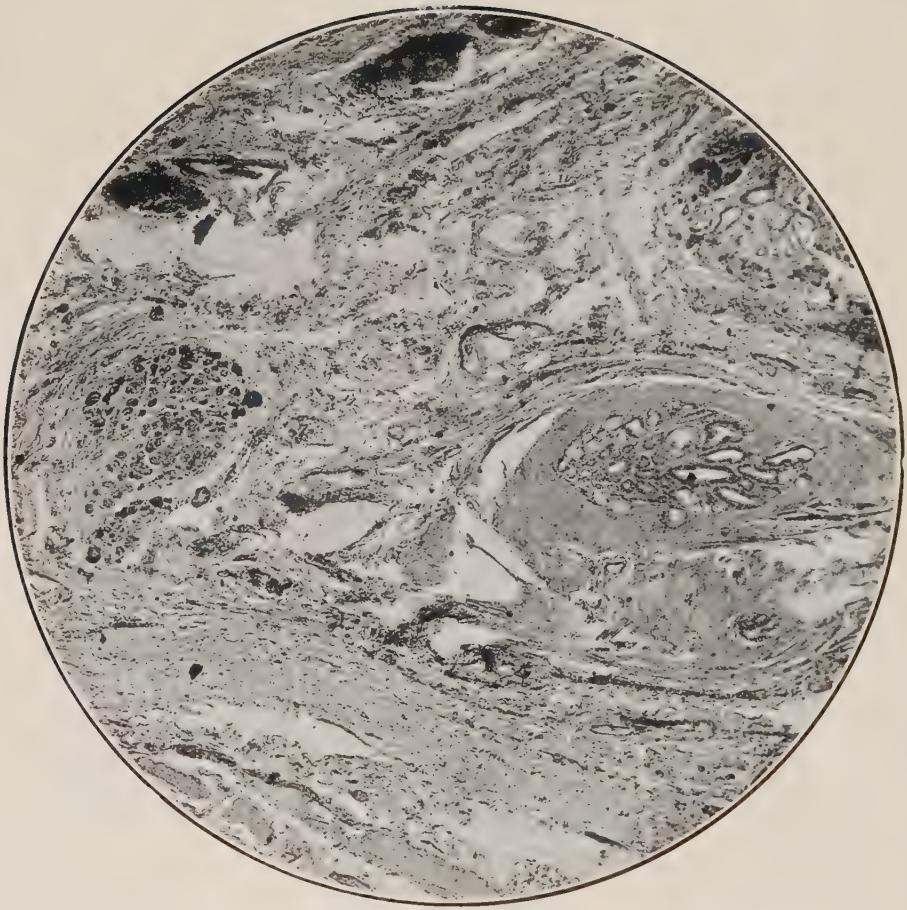

Fig. 6. — *Pancréas aberrant gastrique.* A gauche de la préparation, un lobule pancréatique ne contenant que des acini. A droite, une inclusion de glandes intestinales type Brünner et Lieberkühn.